Серия
«Антология мысли»

М. М. Решетников

ИЗБРАННЫЕ ТРУДЫ

Том 1

ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ

**Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»**

Москва ▪ Юрайт ▪ 2020

УДК 615.851.111
ББК 53.57
Р47

***Автор*:**

Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (г. Санкт-Петербург), заслуженный деятель науки Российской Федерации, врач-психотерапевт, практикующий психолог-психоаналитик и супервизор, президент Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Россия), паст-председатель Общероссийского совета по психотерапии и консультированию (г. Москва), член президиума Российской психотерапевтической ассоциации, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Российского психологического общества и вице-президент Санкт-Петербургского отделения РПО.

***Рецензенты*:**

Лебедев Б. А. — доктор медицинских наук;
Либих С. С. — доктор медицинских наук.

Решетников, М. М.

Р47 Избранные труды. В 7 томах. Т. 1. Психическая саморегуляция / М. М. Решетников. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 240 с. — (Антология мысли). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-13552-7 (т. 1)
ISBN 978-5-534-13852-8

В книге определяются значение и место аутогенной тренировки в современной психотерапии и психопрофилактике, излагаются современные взгляды на физиологические и психологические основы и механизмы метода, а также современные модификации аутогенной тренировки. Освещаются методика обучающего курса и вопросы лечебного и прикладного применения метода.

Для студентов высших учебных заведений, аспирантов, преподавателей, врачей, нейрофизиологов, психологов и всех интересующихся вопросами психической саморегуляции и аутогенной тренировки.

Издание имеет значительную историческую, художественную или иную культурную ценность и в соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 1 Федерального закона от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» под действие указанного Федерального закона не подпадает.

УДК 615.851.111
ББК 53.57

ISBN 978-5-534-13552-7 (т. 1)
ISBN 978-5-534-13852-8

Оглавление

Предисловие ко второму изданию

Эта книга впервые вышла в свет в 1986 г. и была одним из первых практических пособий по активной психотерапии. Современным специалистам трудно представить, каким голодом на литературу по психотерапии было пронизано то время. Эта область знания была совершенно новой как для отечественной медицины, так и для психологии. Напомню, что психотерапия как самостоятельная специальность была введена всего год назад — в 1985 г. А до этого, с 1975 г., в соответствии с другим приказом Министерства здравоохранения СССР от 2 сентября 1975 г. № 791 «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению» в течение 10 лет проводился эксперимент по внедрению психотерапии во врачебную практику. В соответствии с этим приказом было предписано создать 100 психотерапевтических кабинетов в Москве, 50 — в Ленинграде, и еще 50 — в других областных центрах СССР.

Это был, безусловно, революционный шаг вперед, но не все понимают трагичность этой ситуации: в 1975 г. специальности «психотерапевт» еще нет, а следовательно, и специалистов таких нет, а психотерапевтические кабинеты приказано открыть. Некоторые знания о психотерапии можно было получить, по сути, лишь в трех учреждениях СССР: в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве, в Ленинградском институте усовершенствования врачей и на Украине в Харькове.

Кафедра психотерапии в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве была создана в 1966 г. в значительной степени благодаря авторитету профессора В. Е. Рожнова, считавшего, что знания по психотерапии необходимо преподавать всем врачам. Однако основным и, по сути, единственным методом психотерапии в то время была директивная психотерапия — гипноз (что было совершенно адекватно тоталитарному государству), а также разработанная В. Е. Рожновым модификация этого метода — эмоционально-стрессовая терапия. Тем не менее с 1972 г. вторым направлением психотерапии, включенным в лекционный курс В. Е. Рожнова, стал психоанализ.

Первая кафедра психотерапии, которую возглавил профессор И. З. Вельвовский, была создана в Харькове еще в 1962 г., хотя в целом история психотерапии на кафедре нервных болезней в Харьковском медицинском институте имела гораздо более длительную историю. Еще в 1922 г. профессором К. И. Платоновым там был организован психотерапевтический кабинет, а позднее в Украинском психоневро-

логическом институте — отдел психотерапии. Среди представителей старшего поколения отечественных психотерапевтов вряд ли найдется хотя бы один, кто не был бы знаком с уникальной по тем временам книгой К. И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» (1930).

Ленинградская школа психотерапии связана с именем профессора В. Н. Мясищева и Психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, где наш выдающийся коллега работал с 1921 г. до конца своей жизни (по 1973 г.), оставив множество учеников и последователей психодинамических подходов к психотерапии, одним из которых был будущий (и пока единственный) главный психотерапевт Министерства здравоохранения РФ профессор Б. Д. Карвасарский (1931—2013). В. Н. Мясищев, хотя и критиковал (в соответствии с идеологическими установками) метод З. Фрейда, тем не менее не только подтверждал некоторые открытия и приоритеты психоанализа, но и активно имплицировал их в обоснованную им патогенетическую терапию.

Нельзя не остановиться на этих именах и этом кратком экскурсе в историю, так как на момент появления подготовленного мной под руководством профессора В. С. Лобзина практического руководства по психической саморегуляции, кроме упомянутой выше монографии К. И. Платонова, советским психотерапевтам были известны еще 4—5 книг по психотерапии: «Личность и неврозы» В. Н. Мясищева (1960), «Руководства по психотерапии» В. Е. Рожнова (1979), «Техника гипноза и внушения» П. И. Буля (1958) и работы Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова по личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии, которые публиковались начиная с 1980-х гг. Отдельно нужно отметить опубликованные в 1970-х две монографии А. Г. Панова, Г. С. Беляева, В. С. Лобзина и И. А. Копыловой по психогигиенической саморегуляции, а также методическое пособие М. Е. Бурно (1975), обобщавших сведения из имевшихся на тот период немногочисленных доступных источников по аутотренингу. Но у врачей, которые овладевали новой специальностью и, что даже более существенно, у активно внедрявшихся в психотерапевтическую деятельность психологов был ярко выраженный запрос на практическое руководство по этому методу. Этот запрос и стал решающим поводом к подготовке такого руководства, которое уже через год после выхода в свет в количестве 250 000 экземпляров стало библиографической редкостью.

Напомню, что в этот период СССР был исключен из всех международных сообществ в связи с карательной психиатрией (злодеяния которой были существенно преувеличены), и учиться или перенимать опыт нам было не у кого. А после известного постановления ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» (1936) и Павловской сессии АН СССР (1950) все психологические и психотерапевтические методы было положено излагать только на основе рефлекторной теории И. П. Павлова — теории, безусловно, гениальной,

но не имеющей никакого отношения к психике. А аутотренинг, так же как в свое время появление идеи психосоматической медицины, совершенно однозначно демонстрировал главенство психической регуляции по отношению к нервной, хотя это краеугольное положение не всеми было замечено и должным образом оценено.

Как и многие из моих коллег, избравших психотерапию в качестве своей профессии, я начинал с гипноза, но быстро разочаровался в этом методе, в общем-то, ощутив то же, что в свое время известный французский гипнолог и психоаналитик Л. Шерток описал фразой: «Мы думаем, что гипнотизируем, а пациент делает вид, что он загипнотизирован». Аутотренинг, с которым меня познакомил мой коллега В. С. Лозинский, привлек меня прежде всего тем, что оба участника терапевтического процесса остаются в активной позиции, и в этой методике нет и намека на попытку стать позади сознания или нырнуть под него, подавляя волю пациента. Я начал выписывать литературу из библиотеки американского конгресса, и с трудом продираясь сквозь трудный для меня в то время английский и ряд неизвестных понятий, изучил три тома из самого основательного пятитомного издания по этой проблеме В. Лутэ. Это (с каждым годом все более профессиональное) увлечение новым для меня методом психогигиены и психотерапии продлилось 9 лет. Я проводил индивидуальные занятия и вел группы от 40 до 60 человек одновременно и, думаю, что ничто так не повлияло на мою личность и мой профессионализм, как эти группы. В последующем этот опыт — а аутотренинг — это и терапевтический, и преподавательский опыт — мне очень пригодились. Кроме того, именно в процессе этих занятий мной было впервые понято, что нервы и психика — это две взаимосвязанные, но совершенно разные системы. И мой последующий уход в психоанализ вовсе не был случайным.

В середине 2010-х вдруг обнаружилось, что после периода некоторого спада в профессиональном сообществе началась новая волна интереса к аутотренингу, что и стимулировало переиздание этой книги.

Конечно, мои и профессиональные, и мировоззренческие позиции с тех пор существенно изменились. Но первая книга остается первой, как и первая любовь.

В последнем абзаце первого издания отмечается, что «в области психотерапии по-прежнему еще остается много неизвестного, гипотетического и эмпирического». Развивая эту тему, в новое издание была включена глава «Теория биологического интерфейса в психологии, физиологии, психиатрии и психотерапии. Нематериальная природа психики», которая определяет качественно новый подход ко всем психическим феноменам, как в норме, так и в патологии.

Проф. М. Решетников
17.10.2017

Предисловие к первому изданию

Первая отечественная монография по аутогенной тренировке (1973), написанная А. Г. Пановым, Г. С. Беляевым, В. С. Лобзиным, И. А. Копыловой, быстро разошлась и в настоящее время стала библиографической редкостью. Вышедшая в 1977 г. книга «Психогигиеническая саморегуляция» (Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова) встретила весьма положительный прием не только у специалистов, но и у массового советского и зарубежного читателя. Второе, дополненное, издание монографии («Теория и практика аутогенной тренировки», 1980, под ред. В. С. Лобзина) получило высокую оценку медицинской общественности, в короткий срок также стало библиографической редкостью и, как отмечалось в ряде рецензий, даже не все специалисты, применяющие этот метод, смогли приобрести книгу.

Продолжают поступать многочисленные просьбы о переиздании книги. При этом большей частью отмечается необходимость создания фундаментального руководства, подробно, с современных научно-методических позиций, освещающего как теоретические аспекты медицинского (гигиенического, профилактического и терапевтического), так и прикладного применения методики и техники аутогенной тренировки в ее различных модификациях. Такого же рода пожелания исходят от врачей, слушавших наши лекции по этим вопросам в стенах Военно-медицинской академии, Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова и в других учреждениях. Это и побудило авторов к подготовке нового оригинального издания, которое, формально не являясь монографическим, могло бы стать справочным руководством для значительной группы специалистов: врачей, работающих в области практического здравоохранения; специалистов в области авиационной, космической и спортивной медицины, промышленной психогигиены и профилактики профессиональных заболеваний, а также нейрофизиологов и медицинских психологов.

Обращение к такой широкой аудитории, естественно, налагает некоторые обязанности и ограничения, хорошо осознаваемые авторами.

Учитывая, что профессиональные нужды различных специалистов, которым адресована книга, имеют определенные отличия, изложение построено таким образом, чтобы максимально облегчить работу читателя по усвоению тех или иных разделов руководства. При этом авторы принимали во внимание собственный, более чем 20-летний опыт преподавания методики аутогенной тренировки и обучения больных и здоровых лиц, а также основанные на этом опыте данные

об эффективности различных модификаций аутогенной тренировки, включая предложенные авторами. В первых 3 главах определяется значение и место аутогенной тренировки в современной психотерапии и психопрофилактике, излагаются современные взгляды на физиологические и психологические основы и механизмы метода, а также современные модификации аутогенной тренировки. В последующих главах, содержание которых более рассчитано на профессиональные интересы конкретных специалистов, излагаются методика обучающего курса и вопросы лечебного и прикладного применения метода. Настоящая книга ни в коей мере не повторяет и не заменяет тот материал, который содержится в трех наших предыдущих монографиях. Скорее она дополняет и развивает проблему аутогенной тренировки на основе теоретических обобщений и практического опыта.

Авторы стремились к тому, чтобы предлагаемая книга была справочным руководством — источником сведений, позволяющим специалисту, обладающему общемедицинской или психологической подготовкой, освоить методику аутогенной тренировки и эффективно применять ее на практике. Если это стремление удалось реализовать, авторы будут считать свою задачу выполненной. Они также будут признательны за полезные критические замечания читателей.

В. С. Лобзин,
М. М. Решетников

Введение

На протяжении всей истории медицины, включая и новейшую, в мышлении пациентов и врачей укоренялась мысль, что болезнь — это результат преимущественно внешних воздействий. Такой подход мало учитывал те внутренние факторы, которые определяют особенности психической, нервной и гуморальной регуляции, т.е. в широком смысле — реактивность организма. Но будущие успехи медицины, бесспорно, связаны не только с новыми препаратами и совершенной медицинской техникой. Они во многом зависят от нашего умения управлять внутренними регуляторными и защитными процессами и механизмами. В этом отношении можно поддержать мнение В. П. Петленко (1983), что теория медицины будущего — это теория внутренних механизмов адаптивного реагирования и управления этими процессами.

В настоящее время уже не подлежит сомнению, что многие физиологические функции подвержены выраженному психогенному влиянию. У одних людей это влияние больше, у других — меньше; выявлены некоторые психологические корреляты, позволяющие предполагать наличие генетико-морфологических предпосылок различных типов психофизиологической реактивности при определенной роли социального фактора. К сожалению, приходится признать, что механизмы психогенного влияния пока мало изучены и представления о них все еще в значительной степени гипотетичны.

В нейрофизиологии и нейропсихологии хорошо известна реальность центрального, в том числе психического (сознательного), контроля периферической сенсорной информации. Однако внутренние, интимные нейропсихологические механизмы этого контроля и тончайшая регуляция функций в системе обратной связи по-прежнему являются проблемами, частично решенными в теоретическом плане, но мало исследованными практически. Это в полной мере относится и к психотерапии, механизмы которой, как справедливо отмечает L. Chertok (1982), в целом еще очень мало изучены. Аутогенная тренировка не составляет исключения. Действительно, в настоящее время известны десятки методов психотерапии, более узок перечень установленных и предполагаемых факторов, обусловливающих их лечебное действие, но сама сущность этого действия пока в значительной степени остается гипотетической, что создает существенные трудности, возникающие при сравнении различных форм и методов психотерапии. С чем же связана в таком случае широкая и все возрастающая популярность аутогенной тренировки?

В ней привлекают, прежде всего, простота лечебных приемов, сочетающаяся во многих случаях с выраженной эффективностью психотерапевтического воздействия, способствующего нормализации высшей нервной деятельности и коррекции отклонений в нервно-эмоциональной и вегетативно-сосудистой сфере, вовлечение личности больного в процесс лечения и обучающий, тренирующий характер терапии. Все это выгодно отличает аутогенную тренировку от других методов психотерапии и делает метод доступным для широкого круга врачей. Однако было бы глубокой ошибкой путать понятия «простота» лечебных приемов и «упрощенность». К сожалению, такое смешение понятий и такое отношение к аутогенной тренировке иногда все же имеют место, приводя к вульгаризации и дискредитации метода. В отдельных случаях методика аутогенной тренировки «упрощается» до аутосуггестии и даже ортодоксального куэизма, при этом часто уступая последнему в искусности выполнения.

Достигаемые с помощью аутогенной тренировки саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, оптимизация состояний покоя и активности, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма и личности позволяют использовать метод не только в клинической практике, но и в области авиационной и космической медицины, общей и военной педагогике, при подготовке спортсменов, обучении и профессиональной адаптации специалистов операторского профиля, деятельность которых связана с воздействием экстремальных факторов труда и обитания, моделировании различных состояний человека, в том числе — в сценическом актерском искусстве, а также в ряде других профессий. В особый раздел медицины в настоящее время выделяются тесно связанные с аутогенной тренировкой проблемы биотокового управления и адаптивного поведения. Однако основным является профилактическое, психогигиеническое и психотерапевтическое применение аутогенной тренировки. Общепринятое противопоставление «функционального» и «органического» весьма условно; различия между ними в значительной степени носят количественный характер, а стадии органических изменений, за исключением острых травматических повреждений, всегда предшествуют функциональные. Основное же отличие состоит в том, что на современном этапе развития медицинской науки только стадия функциональных изменений может рассматриваться как полностью обратимая. Именно это обусловливает наблюдаемое в последние годы повышение интереса специалистов к методам донозологической функциональной диагностики. Функциональная диагностика, в свою очередь, ставит проблему функциональной терапии.

Отношение к аутогенной тренировке, как к некоему незаконнорожденному отпрыску гипноза, еще не редкость. В связи с этим как общее, связывающее два этих метода психотерапевтического воздействия, так и то, что лежит в основе их глубоких отличий, будет подробно рассмотрено нами далее. Другое широко распространенное заблуждение

отводит аутогенной тренировке роль успокаивающего средства, удел которого — общий седативный эффект. По-видимому, будет целесообразно отметить, что в настоящее время существует ряд модификаций и методов аутогенной тренировки, направленных на психофизиологическую активацию, стимулирующих нервно-эмоциональное напряжение в целях достижения оптимального, соответствующего той или иной деятельности, состояния. При этом «залповая», кратковременная мобилизация психофизиологических резервов организма может быть точно рассчитана во времени. Эта модификация специальных упражнений аутогенной тренировки в настоящее время активно применяется в большом спорте, способствуя выдающимся достижениям спортсменов экстракласса, а также в некоторых других специальных видах деятельности человека.

Особое место аутогенной тренировки среди других методов психотерапии обусловливается также тем, что применяющий ее сам активно включается в психотерапевтическую работу при полном сохранении инициативы и самоконтроля. Важно учесть и тот факт, что приобретенные навыки самовоздействия при периодических поддерживающих курсах сохраняются на протяжении всей жизни. Активный характер аутогенной тренировки выгодно отличает метод от гипнотерапии, при которой пациент выступает в качестве пассивного объекта воздействия, а лечебный эффект довольно часто сопровождается чувством зависимости от врача и необходимости повторных курсов.

Определяющим и базисным элементом аутогенной тренировки является тренированная мышечная релаксация, на фоне которой реализуются специфические приемы аутодидактики и аутосуггестии. К сожалению, мы пока еще очень мало знаем о механизмах вербального ауто- и гетеровоздействия. Психиатрия, психология, нейропсихология и новая перспективная область науки — психолингвистика — пока не ответили на многочисленные вопросы в этом отношении.

Известно, что, по определению К. Маркса[1], «*Язык* есть непосредственная действительность мысли». В то же время некоторые современные исследования показывают, что законы функционирования языка и мышления несколько отличаются. По-видимому, следует признать, что не теряет своей актуальности другое известное выражение К. Маркса: «Так же, как философы обособили мышление в самостоятельную силу, так должны были они обособить и язык в некое самостоятельное, особое царство» (там же, с. 448). Психотерапия без языка вряд ли возможна, и новые системные исследования в этой области были бы полезными как в прикладном, так и в общенаучном смысле. Применение аутогенной тренировки в клинической практике в последние годы неуклонно расширяется, особенно при терапии неврозов и пограничных состояний, в период реконвалесценции у астенизированных больных, в целях предоперационной подготовки, как психофизиологи-

[1] *Маркс К., Энгельс Ф.* Соч., изд. 2, т. 3, с. 448.

ческий метод в системе реабилитации больных и для терапии функциональных нарушений в ряде других случаев.

Успешность применения тех или иных методов лечения зависит от многих причин. При психотерапевтическом воздействии особое значение приобретают часто почему-то именуемые «неспецифическими» факторы межличностного взаимодействия врача и больного. Умение расположить к себе пациента, человеческая теплота, искреннее сочувствие и сопереживание входят в число, вне всякого сомнения, специфических факторов, от которых, наряду с безупречным владением техникой лечебных приемов и умением творчески (индивидуально) применять их у конкретных больных, в первую очередь зависит терапевтический успех.

Любой из методов психотерапии всегда включает два компонента: интеллектуальный (пользуясь павловской терминологией — второсигнальный), связанный с информационным воздействием слова, и эмоциональный, содержанием которого является масса факторов, воспринимаемых первосигнально, — выражение лица, тембр и интонация голоса, характер и особенности жестов. Уже младенцы воспринимают их глубокий, также информационный, смысл — *отношение.* Без возникновения специфической связи между врачом и пациентом, без эмпатии со стороны первого и симпатии второго эффективность психотерапии, как правило, весьма незначительна.

Многолетний клинический опыт и длительные наблюдения над здоровыми людьми позволяют с некоторой условностью выделить два основных типа реагирования на эмоционально значимые стимулы: психосоматический, при котором «отреагирование» осуществляется преимущественно во внутренней сфере, и социальный, когда разрядка эмоциогенных ситуаций, как правило, направлена во вне. Первый тип более социально приемлем, но менее «удобен», так как часто сопровождается перенапряжением психофизиологических процессов, обеспечивающих надежное функционирование регуляторных механизмов организма и личности.

Тренировка этих механизмов, повышение возможностей произвольного управления и коррекция возникающих отклонений составляют основную цель и сущность психотерапевтических приемов и механизмов аутогенной тренировки.

Достаточно хорошо известно, что существенным коррелятом отрицательных эмоций является мышечное напряжение. Известно также, что так называемые переходные состояния сознания связаны с релаксацией или сопровождаются ею. Используя механизмы обратной связи, о которых подробнее будет сказано ниже, аутогенная тренировка, базисным элементом которой является мышечная релаксация, способствует снижению роли соматического компонента отрицательных эмоциональных переживаний. Путем специфического воздействия на интегративные корковые процессы она приводит к восстановлению внутреннего равновесия, а при длительном применении метода переводит регуля-

цию психических и соматических функций на качественно новый уровень, обеспечивающий оптимальное и рациональное реагирование.

Адаптивный характер психотерапевтического воздействия составляет наиболее существенное отличие аутогенной тренировки от других психотерапевтических приемов. В последние годы аутогенная тренировка с успехом применяется не только для терапии неврозов и неврозоподобных состояний, но и при стенокардии, психофизиологической реабилитации постинфарктных больных, вегетососудистых дистониях, начальных стадиях гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни, нейродермитах и многих других заболеваниях.

Аутогенная тренировка как самостоятельный метод предложена I. Schultz в 1932 г. Начиная с 50-х годов интерес к методу и число научных и популярных изданий по аутогенной тренировке неуклонно возрастают. Достаточно сказать, что монография I. Schultz переиздавалась 13 раз. В настоящее время миллионы людей в различных странах мира с успехом применяют этот метод. По нашим данным, в начале 60-х годов аутогенная тренировка в Ленинграде применялась лишь в двух лечебных учреждениях — психоневрологическом диспансере Ленинского и Кировского районов (Г. С. Беляев, А. А. Мажбиц) и в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (С. С. Либих). Количество больных, использовавших метод в этот период, не превышало 150—200 человек в год. Ко времени издания нашего первого руководства для врачей [Лобзин В. С., Кулагин Ю. М., 1968] аутогенная тренировка применялась уже в девяти лечебно-профилактических учреждениях города, более чем у 2000 больных ежегодно.

IV Всесоюзным съездом невропатологов и психиатров (1963) аутогенная тренировка была рекомендована для включения в комплексную психотерапию. В декабре 1967 г. в Ленинграде состоялся симпозиум по аутогенной тренировке, показавший, что метод уже завоевал права гражданства и широко используется в, ряде клиник Советского Союза (И. З. Вельвовский, А. Л. Гройсман, К. И. Мировский, И. М. Перекрестов — в Харькове; М. С. Лебединский, В. Е. Рожнов — в Москве; А. Г. Панов с сотр. — в Ленинграде; Я. Р. Гасуль — в Запорожье; Н. В. Иванов — в Горьком; А. С. Ромен — в Караганде и т. д.). Проходившее в сентябре 1970 г. заседание Ленинградского общества невропатологов и психиатров, посвященное проблемам аутогенной тренировки, показало, что активно разрабатывается не только методика психотерапевтического воздействия, но и вопросы изучения и обоснования психофизиологических механизмов метода; в ряде докладов анализировались результаты и перспективы клинического и психогигиенического применения аутогенной тренировки. В настоящее время аутогенная тренировка применяется повсеместно, неуклонно расширяются как «география» метода, так и области его применения. Можно выделить, по-видимому, две значительные области применения метода — клиническую и психогигиеническую.

За прошедшие годы накоплен значительный клинический материал действенности аутогенной тренировки при различных заболе-

ваниях. По общему мнению специалистов, аутогенная тренировка наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и заболеваний, связанных с нарушением кортико-висцеральной регуляции. Многочисленные исследования и применение метода в клинической практике, в частности, показали, что аутогенная тренировка способствует снижению нервно-эмоционального напряжения, чувства тревоги и дискомфорта, оказывает нормализующее воздействие на состояние основных физиологических функций и регуляцию обменных процессов в организме. Под влиянием аутогенной тренировки улучшается настроение, нормализуется сон, повышается уровень функционирования и произвольной регуляции различных систем организма, происходит активация личности больного, более продуктивно реализуются другие методы лечения.

В настоящее время существует несколько десятков различных модификаций аутогенной тренировки, отличия которых, как правило, связаны с особенностями тех нозологических форм или спецификой деятельности специалистов, применительно к которым они разрабатывались. В нашей стране опубликовано несколько методических рекомендаций, пособий, кратких руководств, популярных изданий по аутогенной тренировке. Описание некоторых ее приемов приводится практически во всех последних изданиях по психотерапии, психоневрологии, сексопатологии и психологии [Слободяник А. П., 1978; Рожнов В. Е., 1979; Карвасарский Б. Д., 1980; Свядощ А. М., 1982; Снежневский А. В., 1983; Васильченко Г. С., 1983, и др.]. Однако, учитывая специфику и особенности упомянутых изданий, их авторы не всегда имели возможность достаточно полно и разносторонне изложить механизмы действия, методику, технику и особенности клинического и психогигиенического применения аутогенной тренировки. Вместе с тем, как указывалось, следует признать, что в отечественной литературе пока нет систематического руководства по аутогенной тренировке, которое позволило бы практикующему врачу, специалисту по профессиональной гигиене или психологу изучить метод и выбрать оптимальный вариант его применения в зависимости от решаемых клинических или профилактических проблем.

В настоящем издании последовательно излагаются история и источники аутогенной тренировки, анализируются родственные методики. С позиций отечественной нейрофизиологии и теории функциональных систем П. К. Анохина в книге освещаются психологические и физиологические основы и механизмы саморегуляции, подробно описываются собственная методика и особенности обучающего курса, техника индивидуальных и групповых занятий, впервые излагается ряд оригинальных приемов и упражнений, разработанных авторами.

В заключение отметим, что материалы пособия обоснованы более чем 20-летним опытом применения аутогенной тренировки в клиниках психиатрического и неврологического профиля, а также в целях психогигиены у здоровых людей.

Глава 1
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Основные источники аутогенной тренировки

Общепризнанным создателем метода аутогенной тренировки является Иоганнес Генрих Шульц. Ему же принадлежит и сам термин «аутогенная тренировка», который, однако, не все специалисты считают удачным.

Творческая биография и жизнь Шульца небогата яркими событиями. После нескольких лет учебы Шульц некоторое время занимался исследовательской и преподавательской деятельностью в Институте психологии им. Пауля Эрлиха во Франкфурте, где он, будучи еще дерматологом, читал курс лекций по гипнозу. Увлекшись психотерапией, Шульц через некоторое время получает диплом невропатолога и занимает место главного врача одного из санаториев под Дрезденом. В 1924 г. он переезжает в Берлин, где им были созданы практически все его многочисленные труды, общее число которых составило более 400 публикаций, в том числе несколько монографических работ, выдержавших десятки переизданий.

Существует ошибочное представление, что аутогенная тренировка является совершенно новым и самостоятельным методом психотерапии. Такой отрыв действительно оригинального метода от многолетнего, если не сказать — многовекового, опыта психотерапевтической практики нельзя признать правомерным. Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод в 1932 г., по своему характеру является синтетическим методом, объединившим в себе ряд эмпирических и научно обоснованных открытий, сделанных в самых различных областях психотерапии.

Благодаря работам Шульца, его многочисленных учеников и последователей, аутогенная тренировка получила широкое распространение и обоснованное признание во всем мире. С 1961 г. работает «Интернациональный координационный комитет для клинического применения и обучения аутогенной терапии» (ICAT), куда входит и представитель СССР. При медицинском факультете Университета Киуши (Фукуока, Япония) в составе Исследовательского института им. Оскара Фогта (который был другом и соратником Шульца) с 1959 г. действует

«Интернациональная исследовательская организация по применению и обучению аутогенной терапии».

В предисловии к 7-му изданию своей монографии Шульц писал, что аутогенная тренировка стала своеобразной модой. И сегодня еще иногда говорят о моде на аутотренинг, забывая, что мода, как справедливо подчеркивает известный энтузиаст метода доктор медицины из ФРГ H. Lindemann (1980), возникает и удерживается лишь только тогда, когда она удовлетворяет актуальную потребность общества. H. Kleinsorge и G. Klumbies, сообщая о популярности метода, приводят перечень 39 нозологических форм, при которых аутогенная тренировка, по мнению авторов, имеет абсолютные показания. Особенно большое распространение аутогенная тренировка получила в США и Канаде. W. Luthe, соавтор Шульца по 6-томному руководству по аутогенной тренировке, изданному в Нью-Йорке и Лондоне, отмечает, что среди применяющих этот метод много представителей технической интеллигенции и администраторов, видящих в ней средство сохранения здоровья и повышения работоспособности. Несмотря на то, что аутогенная тренировка получила всеобщее признание прежде всего как метод лечения и профилактики неврозов, а также коррекции некоторых синдромов функционального происхождения, в зарубежной практике она находит широкое применение в терапии алкоголизма, в акушерско-гинекологической практике (L. Chertok, H. Prill), в лечении последствий закрытых черепно-мозговых травм (H. Binder) и ряде других областей медицинской науки и практики.

Первое упоминание о «технике Шульца» в отечественной литературе принадлежит П. М. Зиновьеву (1934). Однако содержательное изложение методики аутогенной тренировки в нашей печати появилось лишь 20 лет спустя и было связано с работами ученика и последователя Шульца — Д. Мюллера-Хегеманна. Пионерами применения аутогенной тренировки у нас в стране стали А. М. Свядощ и Г. С. Беляев, которые активно разрабатывали и внедряли метод в клиническую практику. Начало освещения аутогенной тренировки в отечественных обзорах и монографиях относится к концу 50-х годов (Н. В. Иванов, М. С. Лебединский, А. М. Свядощ). Результаты собственных исследований по аутогенной тренировке были впервые опубликованы А. М. Свядощем и его сотрудниками. Затем метод чрезвычайно быстро завоевывает широкую популярность у специалистов. Как отмечает К. К. Платонов: «Если на Всесоюзной конференции, посвященной вопросам психотерапии, в 1956 г. об аутогенной тренировке еще никто не говорил ни с трибуны, ни в кулуарах, то на Всесоюзном совещании по психотерапии в 1966 г. ей было уделено особое внимание и посвящено шесть докладов». Представляет интерес широкий круг проблем и аспектов применения аутогенной тренировки, затронутый в этих научных сообщениях: Г. С. Беляев в Ленинграде, А. М. Свядощ и А. С. Ромен в Караганде применяли метод для терапии неврозов и с профилактическими целями у здоровых лиц; М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник в Москве у боль-

ных с кардиологической патологией; И. М. Виш в Тамбове с помощью аутогенной тренировки исследовал особенности нервной деятельности; И. М. Перекрестов в Харькове начал применять метод у больных с органическими заболеваниями нервной системы.

Рассматривая аутогенную тренировку как синтетический метод, по нашему мнению, можно выделить пять основных источников, с которыми в той или иной степени она связана и на основе которых сформировалась в ее современном виде: это практика использования самовнушения так называемой малой нансийской школой (Ch. Baudouin, E. Coue), эмпирические находки древнеиндийской системы йогов и исследования ощущений людей при гипнотическом внушении (работы I. Schultz), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций (E. Jacobson), а также разъясняющая (рациональная) психотерапия. Рассмотрим каждый из этих источников более подробно.

Самовнушение

Терапевтическое применение приемов самовнушения, известных еще в глубокой древности, обычно связывают с нансийской школой и опубликованными в 20-х годах нашего века работами уже упомянутых авторов — Куэ и Бодуэна. Однако следует указать, что сходные приемы предлагались еще И. Р. Тархановым, в 1884 г. опубликовавшим одно из первых научно обоснованных наблюдений о влиянии самовнушения на некоторые непроизвольные функции организма человека. В 1890 г. использование самовнушения при терапии навязчивых состояний было предложено В. М. Бехтеревым, а немного позднее при лечении невралгии тройничного нерва применено Я. А. Боткиным (1897), который отмечал, что «особенно хорошо проводить самовнушение перед засыпанием и пробуждением, причем формулы самовнушения должны быть индивидуализированными, произноситься в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени». В качестве родственных методик можно также назвать «рациональное воспитание воли», использовавшееся в нансийской школе P. Levy.

Наибольшее распространение среди методик самовнушения в начале века получила система французского аптекаря Эмиля Куэ, названная им «школой самообладания путем сознательного самовнушения». Известный французский психотерапевт J. Cottraux (1978) называет Куэ одним из предшественников создания поведенческой терапии, отмечая, что он был «первым, кто предложил методы контроля мысли и подчеркивал роль позитивной мысли в изменении поведения». В 20-х годах «система Куэ» получила чрезвычайно широкое распространение, что нашло свое отражение в художественной литературе того времени. В частности, Дж. Голсуорси, описывая состояние потрясенного невзгодами Форсайта, отмечает, что он для лечения применяет «метод Куэ».

В то же время необходимо отметить, что Куэ использовались упрощенные и несколько примитивные представления о природе заболеваний человека. По его убеждению, которое он настойчиво пропагандировал среди коллег и пациентов, главной причиной болезней является воображение человека. Исходя из этих представлений, больным предлагалось ежедневно, сидя или лежа в удобной позе, мысленно или шепотом 20—30 раз повторять формулы самовнушений вроде: «Мне становится лучше и лучше… Мое зрение (или слух) улучшается» и т. п. Такие сеансы, по несколько минут каждый, рекомендовалось проводить 3—4 раза в день, особенно перед сном в состоянии покоя и расслабления. Общий курс лечения составлял от 2—3 мес. до года.

Метод E. Coue развил и аргументировал Ch. Baudouin, исходивший (по-видимому, не без влияния начавших распространяться идей S. Freud) из предположения о том, что поведением человека управляют воображение и подсознательные влечения. По его мнению, многократное мысленное повторение одних и тех же фраз создает внутреннее сосредоточение, «уверенно действующее на бессознательное». Исходя из идеалистических представлений, Куэ и Бодуэн непомерно преувеличивали роль самовнушения в индивидуальной и общественной жизни. В частности, они предполагали, что самовнушение может изменить мировоззрение людей, и даже пытались создать утопическую по своей сути систему совершенствования современного общества.

В основных правилах своей «системы» Куэ неоднократно подчеркивал, что самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. «Если вы сознательно внушаете себе что-либо, делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это оттого, что оно осуществляется без усилий», — писал Куэ. И далее: «Если некоторые не добиваются удовлетворительного результата с помощью самовнушения, это или потому, что не доверяют себе, или, чаще, потому, что совершают усилия. Чтобы добиться результата, совершенно необходимо отсутствие усилий. Ибо они предполагают участие воли, в то время как именно она должна остаться в стороне. Должно прибегать лишь к воображению» (E. Coue). Позднее мы увидим, как эти представления Куэ были использованы I. Schultz.

Популярность самовнушения по Куэ — Бодуэну была широкой, но кратковременной. В нашей стране «куэизм» подвергался обоснованной критике со стороны ведущих психотерапевтов, прежде всего в связи с тем, что им игнорировались нозологические особенности заболевания и личность больного, что создавало условия для обычного шарлатанства и компрометировало метод. Об этом, подчеркивая и положительные стороны метода, писали В. М. Бехтерев, П. М. Зиновьев, Ю. В. Каннабих, И. С. Хазацкий и др.

В качестве позитивных аспектов работ Куэ и его последователей следует отметить поиски и пропагандирование активных методов пси-

хотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ также была впервые показана целесообразность положительного взамен негативного содержания формул самовнушения (например, «Я здоров» вместо «Я не болен»). Метод самовнушения, в общем, был положительно оценен В. М. Бехтеревым, развивавшим принципы тренировки и обучения в психотерапии. В наши дни самовнушение, освобожденное от методологических недостатков «куэизма», многими авторами успешно применяется в качестве самостоятельного лечебного приема, в том числе входит во все современные модификации аутогенной тренировки. Говоря о терапии самовнушением, необходимо подчеркнуть особую роль второсигнальных раздражителей в регуляции функций организма человека, которая была убедительно показана выдающимися представителями отечественной физиологии и неврологии — И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, А. А. Ухтомским, В. М. Бехтеревым, К. И. Платоновым. К их работам мы еще вернемся при изложении физиологических и психологических основ и механизмов аутогенной тренировки.

Индийская система хатха-йога и раджа-йога

Философское учение йога (Yoga — санскр. соединение), основателем которого считается древнеиндийский философ Патанджали, имеет почти 2000-летнюю историю (по другим источникам — 3000-летнюю). Представляя собой сложную смесь религиозных теорий и эмпирических находок древнеиндийской медицины, на протяжении последних десятилетий йогизм то становился предметом шумных дискуссий, то предавался практически полному забвению. В то же время необходимо отметить, что, несмотря на огромное количество научных и научно-популярных публикаций, достаточно глубокий анализ физиологического воздействия упражнений хатха-йоги, судя по доступной литературе, пока не проводился.

По своей сути философия йогов — законченное идеалистическое учение. Основным постулатом йогизма является то, что путем самоуглубления, самосозерцания и возведенного в культ аскетизма (и эгоцентризма) можно овладеть «сверхъестественными силами и соединиться со вседушою Брамы». В основе учения йогов о влиянии на психофизиологические функции лежат примитивные представления психофизического энергетизма, в частности о некой индивидуальной жизненной силе — кундалини, «центром сосредоточения» которой является нижняя часть позвоночного столба. Цель упражнений йогов — «в объединении кундалини с праной» (жизнетворящей силой). По их представлениям, это наделяет человека сверхъестественными силами и способностями. К средствам, которыми это достигается, относятся: воздержание («иама»), культура питания, труда и отдыха («ниями»), позы («асана»), контроль дыхания («пранояма»), удаление чувств («пратьяхара»), кон-

центрация внимания («дхарана»), созерцание («дхъяна») и сосредоточение («самадхи»).

Если первых четыре комплекса упражнений (ступеней) направлены главным образом на основательную физическую и физиологическую подготовку (с элементами специфической этики йогов), то четыре последних относятся уже полностью к психической сфере; при этом их структура и содержание направлены на воспитание ярко выраженного индивидуализма. Например, пятая ступень преследует цель не «воспитания чувств» (сознательного контроля над содержанием нервно-эмоциональной сферы), а именно «удаления чувств» («пратьяхара»); «созерцание» («дхъяна») не ставит своей целью познание или хотя бы наблюдение, а приобретает религиозно-фанатический характер, становится самоцелью (созерцание как таковое), в определенном смысле вершиной субъективного идеализма.

После освоения первых 8 ступеней дальнейшее «совершенствование» может идти через раджа-йогу, сущность которой заключается в развитии неограниченной власти над своими поступками, карма-йогу, определяющую религиозные представления о долге и уделе человека в земной жизни, или бхакти-йогу, вершиной которой является растворение во всепоглощающей любви к Богу.

Вера в существование сверхъестественных сил и гиперспособностей йогов, особенно таких, как проникновение в прошлое и будущее, «парение» над землей, вне сомнения, есть неприкрытая мистика, и привлечение для их объяснения сомнительного качества различных парапсихологических доктрин, как это пытаются делать некоторые исследования (E. Green, A. Green), ничем не обосновано. Одним из наиболее загадочных «феноменов» йоги является так называемая левитация — парение йогов, или, как они утверждают, волевое преодоление сил земного тяготения. Следует отметить, что длительно занимавшийся изучением йогов болгарский ученый Г. Лозанов считает левитацию искусно выполняемым физическим упражнением, в основе которого лежит своеобразный прыжок. Однако нельзя исключить и гипнотические эффекты.

В то же время многие упражнения йогов (хатха-йога, раджа-йога) имеют глубокий физиологический смысл. Приемы саморегуляции некоторых физиологических процессов (хатха-йога) и целенаправленной тренировки психических функций, в частности внимания и памяти (раджа-йога), являются вторым источником, существенно повлиявшим на создание методики аутогенной тренировки. Эти упражнения, лишенные мистической основы и религиозной ритуальности, представляют существенный интерес для психоневрологии. Если рассмотреть способы, применяемые для достижения так называемого «сна йогов», то легко убедиться в их подобии приемам, применяемым, как правило, при гипнотизации: уединение, длительное пребывание в определенном положении, концентрация внимания или фиксация взгляда, повторение «магических слов» и т. п. Все перечисленные фак-

торы можно рассматривать как непосредственно гипногенные. Целью этих упражнений является достижение «самадхи» — «последовательности умственных состояний, которые становятся все более и более простыми, пока не завершаются в бессознательности» (Радж — Кришнан). «Сон йогов» представляет собой состояние аутогипноза с явлениями гипобиоза, при котором функции дыхания, кровообращения и обменных процессов в организме существенно замедляются.

Особого внимания заслуживает сложная система дыхательной гимнастики йогов, которая приводит не только к улучшению вентиляции легких и насыщению крови кислородом, но и, учитывая увеличение экскурсий диафрагмы («второе, венозное сердце», по А. С. Залманову), к самомассажу и улучшению кровообращения внутренних органов. Наряду с этим следует подчеркнуть существование прямых и обратных нервных связей между центрами, управляющими состоянием функции дыхания и эмоциональными ощущениями (например, стесненное, поверхностное или прерывистое дыхание при отрицательных эмоциях).

Второй важной находкой индийской системы йогов является установление связи эмоционального состояния человека с тонусом мускулатуры и мимикой. Используя мышечную систему, как наиболее поддающуюся волевому контролю, путем многолетней тренировки нервно-мышечных процессов йоги приобретают навыки самовоздействия на эмоционально-вегетативную сферу. Например, успокаивающая поза «шавасана» связана с полным расслаблением мышц. Статические позы («асаны»), требующие выносливости, сосредоточенности и развитого самоконтроля, связаны с тренировкой волевых процессов. Этим, в частности, объясняются физиологические и психотерапевтические эффекты гимнастики йогов. Исследования йогинов показали, что у них обнаруживается чрезвычайно развитый контроль над автономными функциями организма, обеспечивающий способность к управлению обменом веществ, терморегуляцией, сердечной деятельностью, дыханием, а также мышечной сферой [Верещагин В. Г., 1982].

Отдельные элементы йоги уже нашли достаточно широкое применение: статические мышечные упражнения стали основой изометрической гимнастики (при которой сила мышц растет быстрее их марсы); задержки дыхания используются для создания гипоксических режимов в процессе тренировок спортсменов; антиортостатические позы применяются при подготовке космонавтов; расслабление мышц вошло в качестве одного из составных элементов в технику прогрессирующей релаксации по Джейкобсону и в методику аутогенной тренировки. В своей работе «Высшая ступень аутогенной тренировки и раджа-йога» Шульц подробно анализирует сходство и различия методов аутогенной тренировки и приемов системы йогов. В частности, он указывает, что аутогенная тренировка в положении лежа на спине с расслабленными мышцами ближе всего стоит к позе «шавасана». Выполнение аутогенных упражнений в положении сидя соответствует позе созерцания («садхасана»), в некоторой степени позе лотоса («падмасана») и позе

льва («синхасана»). Считается, что эти позы обладают тонизирующим действием и усиливают сексуальную потенцию. В этих позах голова опущена, подбородок прижимается к груди, рот приоткрыт, мимическая мускулатура расслаблена, язык прижат к небу, взгляд направлен вверх и к переносице. Шульц подчеркивает, что внутренне-верхнее с одновременной конвергенцией положение глазных яблок является одним из старейших гипнотических приемов.

Анализируя сходство приемов аутогенной тренировки и системы йогов, Шульц указывал на необходимость научного изучения последней, чтобы добиться разъяснения древних загадок, и, подобно тому как гипнотизм был поднят «из затхлого прошлого мистики», поставить эмпирические находки древнеиндийской медицины на службу современной медицинской науки. В настоящее время уже доказано, что статические позы могут оказывать разнообразное влияние на состояние внутренних органов и психоэмоциональную сферу человека.

В частности, М. Р. Могендович обосновала существование так называемых позно-вегетативных и позно-висцеральных рефлексов.

Не только в Индии, но и в других странах Востока достаточно широко распространены сходные с приемами йогов системы и комплексы упражнений. Наиболее известен из них японский комплекс Zen, который, по мнению ряда авторов (A. Onda, R. Rubottom и др.), является разновидностью йоги. Zen-буддизм появился как религиозное течение в Японии в XIII в. В отличие от системы йогов, единственным средством для достижения состояния нирваны в Zen-буддизме являются приемы медитации. Техника медитации Zen исключительно проста. Основные позы, как правило, предполагают выпрямление позвоночного столба, так, чтобы он составлял одну линию с головой. Первоначально практикуется концентрация на внутренней сфере одновременно с релаксацией, затем присоединяются ритмические дыхательные упражнения. В последующем осуществляется концентрация внимания на абстрактных и религиозных понятиях. Как отмечает болгарский исследователь Н. Петров (1983), по сравнению с индийской системой йогов, налагающей на йогинов множество запретов, японский буддизм «намного либеральнее». В начале XX в. японский психиатр Морита предложил психотерапевтический метод, в основе которого лежат элементы Zen-буддизма. В последующем он был модифицирован Сузуки и Такемурой. Созданный авторами метод включал три основных элемента: контакты с природой, трудотерапию и Zen-медитацию. Сходные элементы содержат и древнекитайский психофизический комплекс, направленный на управление обменными процессами в организме. Таким образом, основными элементами йоги, вошедшими в современную систему аутогенной тренировки, являются упражнения, направленные на овладение регуляцией мышечного тонуса, тренировка волевых процессов и дыхательная гимнастика. В плане преемственности следует также особо подчеркнуть роль систематических и длительных занятий, основанных на принципах обучения и тренировки.

Гипноз

Несколько лет творческой жизни Шульца было отдано гипнотерапии, которую он применял в созданной им в 20-е годы в Бреслау амбулатории лечебного гипноза. Занимаясь исследовательской работой, Шульц после каждого сеанса требовал от своих пациентов письменного отчета о субъективных переживаниях, которые они испытывали во время гипнотического воздействия. Одновременно с терапевтическим применением гипноза Шульц проводил опыты по гипнотизации здоровых людей. К этому периоду относятся два интересных открытия, существенно повлиявших на создание аутогенной тренировки. Анализируя самоотчеты больных, Шульц обратил внимание, что в тех случаях, когда пациенты спонтанно мысленно повторяли формулы внушений, произносимых врачом, эффективность гипнотерапии оказывалась более высокой и выздоровление наступало быстрее. Это побудило Шульца к созданию достаточно простых и легко запоминаемых фраз, предназначенных для самостоятельного использования больными в психотерапевтических целях. Позднее эти фразы были названы «формулами самовнушения».

Второе открытие Шульца было связано с уже рассмотренной системой йогов. Изучая протоколы экспериментального гипноза здоровых испытуемых и самоотчеты людей, занимавшихся гимнастикой йогов, Шульц обратил внимание на однотипность испытываемых ими субъективных ощущений, в частности, тяжести и тепла. Чувство тяжести наступало вследствие расслабления мышц, а ощущение тепла — как результат расширения периферических сосудов. Исходя из этих наблюдений, Шульц предположил, что путем сознательного расслабления мышц и самовнушения чувства тепла можно вызвать состояние легкой дремоты, напоминающее начальные стадии гипноза. В последующем оказалось, что только внушением этих двух ощущений — тяжести и тепла — можно погрузить больного в гипнотическое состояние, не прибегая к обычным в таких случаях внушениям сонливости. И, наконец, выявилось, что, ярко представляя себе ощущения мышечной тяжести и тепла, испытуемые могли погружаться в гипнотическое состояние самостоятельно. На основании этих опытов Шульц поставил себе целью «создать систему упражнений, с помощью которой больной мог бы самостоятельно добиться одной из гипнотических фаз и извлечь из этого пользу без длительного воздействия со стороны гипнотизера и сколько-нибудь значительной от него зависимости».

Подчеркивая активный характер разработанного им комплекса приемов, Шульц назвал его аутогенной (autos — сам; genos — род) тренировкой, или «концентрированным саморасслаблением», в то же время полагая, что в основе этих упражнений лежит эффект самогипноза. Литература о гипнозе и его влиянии на функции организма необозрима. Со времен F. Mesmer, как известно, выдвинувшего теорию «животного магнетизма» и введшего понятие «раппорт», и англий-

ского хирурга J. Braid, впервые сделавшего гипноз достоянием научного исследования (ему же мы обязаны и самим термином «гипноз»), гипнотизму посвящены десятки тысяч работ. В то же время отношение к гипнозу как к терапевтическому методу и областям его применения до настоящего времени неоднозначно. В. М. Бехтерев, энтузиаст гипнотерапии, принимал ее не без оговорок. Недостатки и ограниченность гипнотерапии неоднократно подчеркивались и другими авторами. Не являясь каузальным методом, внушение в гипнозе (авторы придерживаются этой точки зрения — не лечение гипнозом, а лечение внушением в состоянии гипноза), если и приводит к устранению симптома, не гарантирует от рецидивов, не влечет за собой перестройку личности и не активирует больного (А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, А. П. Слободяник, G. Morris, C. Gardner). Не все больные в достаточной степени гипнабельны, о чем свидетельствуют значительные отличия данных о количестве лиц, рефрактерных к гипнозу (В. М. Бехтерев, В. Е. Рожнов, К. И. Платонов, A. Binet, L. Chertok). Многие авторы указывают на то, что лучшие результаты гипнотерапии отмечаются при остро возникающих психогенных моносимптомах; при длительных «вялотекущих» функциональных соматических и психических расстройствах средства гипнотерапии нередко являются малоэффективными.

Не вдаваясь в глубокий анализ гипноза, который является самостоятельным психотерапевтическим методом, имеющим свои области применения, следует отметить, что не только сам Шульц, но многие его ученики и последователи видели в аутогенной тренировке дальнейшее или видоизмененное развитие методики гипнотерапии. Об этом, казалось бы, свидетельствовали сходные изменения терморегуляции и кожной температуры под влиянием аутогенной тренировки и в результате гипнотического внушения (А. С. Ромен, I. Schultz, P. Polzien), аналогичная направленность в динамике углеводного обмена и изменений числа лейкоцитов крови (H. Marchand), выраженный спазмолитический эффект обоих методов (К. И. Мировский), возможность вызывания каталептического моста с помощью специальных упражнений при длительном применении аутогенной тренировки (А. С. Ромен, В. С. Лобзин, Ю. М. Кулагин).

Объединяя эти приемы, многие авторы отмечали целесообразность комбинированного или сочетанного применения аутогенной тренировки и гипноза, которое в ряде случаев, как свидетельствуют и наши собственные исследования, является весьма эффективным. Однако, скажем, повышение эффективности гипнотерапии при сочетании с медикаментозным или физиотерапевтическим лечением не является основанием для объединения этих методов, разве что в рамках терапевтических приемов.

Усматривая в аутогенной тренировке способ повышения действенности гипнотерапии, D. Muller-Hegemann рекомендует практикующему врачу прежде, чем приступить к освоению гипноза, овладеть техникой аутогенной тренировки. Другие авторы считают, что предварительное

обучение больных аутогенной тренировке способствует повышению внушаемости и эффективности гипнотерапии (E. Kretschmer, D. Langen). Впрочем, надо отметить, что «внушаемость» и «гипнабельность», как показали специальные исследования [L. Chertok, 1982], нельзя считать равнозначными понятиями. Также трудно согласиться с рекомендациями отдельных авторов о целесообразности обучения приемам аутогенной тренировки в гипнозе, так как это лишает метод его активного тренирующего характера, да и сам терапевтический эффект, который может быть в отдельных случаях достаточно высоким, в этих случаях лишь отдаленно связан с механизмами аутовоздействия. Нельзя не привести и наблюдения некоторых авторов, что у здоровых людей аутовнушаемость преобладает над гетеровнушаемостью (А. Т. Филатов), хотя имеются и прямо противоположные мнения (L. Chertok).

Учитывая непрекращающуюся полемику о связях и отличиях аутогенной тренировки и гипноза, нами проведено сравнение этих двух приемов по основным, на наш взгляд, критериям, приведенным в табл. 1.

Таблица 1

Отличительные особенности гипнотического и аутогенного воздействия

Исследуемые признаки, критерии	Аутогенное состояние	Гипнотическое состояние
Зависимость от врача	Минимальная при обучении, в последующем отсутствует	Выражена и постоянна
Глубокий межличностный контакт с врачом	Не всегда обязательное условие	Обязательное условие
Контроль состояния	Внутренний, активный	Внешний, пассивный
Состояние сознания	Психическая активность	Пассивность
Внушающий фактор	Внутренний	Внешний
Отношение к процедуре	Желание достичь реализации внушаемого	Нередко внутреннее сопротивление той или иной степени
Внимание	Активная тренируемая концентрация	Пассивная концентрация
Память на текущие события	Полностью сохранена	В глубоких стадиях гипноза часто амнезия
Мышление	Активное, целенаправленное, преобразующее	Подавлено
Рефлексы	Легкая, контролируемая заторможенность	Неконтролируемое пациентом торможение, в глубоких стадиях — каталепсия, аналгезия

Окончание табл. 1

Исследуемые признаки, критерии	Аутогенное состояние	Гипнотическое состояние
Релаксация	Присутствует, активно тренируется и усиливается в процессе обучения от сеанса к сеансу, является одним из базисных элементов	Присутствует, пассивно углубляется врачом в течение одного сеанса
Реализация терапевтического эффекта	Путем приобретения навыков саморегуляции исходно непроизвольных вегетативных и некоторых соматических функций	На основе эффекта внушаемости
Навыки самовоздействия	Приобретаются и сохраняются на неопределенно длительный период времени	Как правило, отсутствуют
Состояние после сеанса	Активно формируется в зависимости от предстоящей деятельности	Пассивно формируется врачом, часто сонливость, вялость, апатия

Бесспорно, что и в том, и в другом случае достигается терапевтический успех; бесспорно и то, что в обоих случаях этот эффект достигается посредством вербального (словесного) воздействия. Но внутренняя и внешняя речь имеет существенные отличия. А «речь другого» воспринимается всегда совершенно иначе. Это легко продемонстрировать достаточно простыми примерами. Если, например, какое-либо, даже вполне справедливое, обвинение «поступает извне», оно чаще всего вначале вызывает реакцию раздражения и обиды, подвергающуюся в последующем интеллектуальной переработке. В отличие от этого внутреннее осознание собственной вины (без внешнего побуждения) обычно сопровождается чувством стыда. Внутренняя похвала — похвала самого себя — может доставить некоторое удовольствие, но только внешнее признание наших заслуг или достоинств вызывает всю гамму положительных эмоций. Не ставя специальной исследовательской задачи, можно лишь еще раз подчеркнуть, что этими психологическими феноменами далеко не исчерпываются глубокие отличия аутогенной тренировки и гипноза.

В заключение данного раздела следует сказать, что гипноз является одним из наиболее важных источников, лежащих в основе аутогенной тренировки. Основная заслуга Шульца состоит в доказательстве того, что путем систематических упражнений, достигая значительного расслабления поперечнополосатых и гладких мышц и связанного с ними состояния общего покоя, можно научиться целенаправленно воздействовать на различные, в том числе исходно непроизвольные, функции организма.

Активная регуляция мышечного тонуса

Важная роль в психологических исследованиях и теоретическом обосновании эффекта релаксации принадлежит E. Jacobson. Изучая методы объективной регистрации эмоциональных состояний, он установил, что при отрицательных эмоциональных реакциях всегда выявляются напряжение скелетной мускулатуры и соответствующие вегетативно-сосудистые сдвиги. В дальнейшем Джейкобсон предложил собственный терапевтический метод, который получил широкую известность в США как «метод прогрессирующей (последовательной) релаксации»[1]. Терапевтическое обоснование этого метода состояло в том, что произвольное расслабление мускулатуры сопровождается снижением нервно-эмоционального напряжения и оказывает седативный эффект. Эти общие элементы послужили причиной того, что в первые годы распространения аутогенной тренировки оба терапевтических приема часто объединялись. Так, в первом издании сборника «La Relaxation», в котором были опубликованы работы Шульца и Джейкобсона, обе методики излагались как варианты «лечения посредством деконтрактации». На самом деле к идее создания лечебного метода, хотя и близкого внешне к аутогенной тренировке, Джейкобсон подошел иным путем.

По наблюдениям Джейкобсона, который, как уже отмечалось, занимался изучением методов объективной регистрации эмоциональных состояний, каждому типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Депрессивные состояния, например, закономерно сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры; при эмоциях страха возникает спазм мышц артикуляции и фонации и т. д. На основании этих исследований автор пришел к выводу, что эмоциональные реакции могут объективно измеряться по их внешнему мышечному выражению. Нельзя назвать эту мысль новой. В 1863 г. в работе «Рефлексы головного мозга» И. М. Сеченов писал: «Все бесконечное многообразие мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению — мышечному движению. Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге — везде окончательным фактом является мышечное движение».

Несколько позднее была создана получившая широкое распространение «моторно-висцеральная» теория эмоций Джеймса — Ланге, основное содержание которой сводилось к тому, что в чувствах нет ничего, чего бы не было в мышечных, сосудистых и других изменениях организма. Будучи представителем прагматического направления, W. James в конечном итоге приходит к биологизаторскому выводу, что

---

[1] В споре о приоритете на аутогенную тренировку E. Jacobson утверждал, что метод фактически был создан им на 10 лет раньше Шульца.

«всякое сознание моторно». Вероятно, что эти теоретические предпосылки в значительной степени определяли направление исследований Джейкобсона. В последующем он убедился, что изменение регуляции мышечного тонуса можно использовать не только в целях прикладных исследований, но и как метод, основным содержанием которого являлись релаксирующие упражнения. Под релаксацией Джейкобсон понимал не только расслабление мышц, но и состояние, противоположное психической активности. Снижая «нервно-мышечную активность» путем релаксации определенных групп мышц («дифференцированная релаксация»), по мнению автора, можно уменьшить «чрезмерную церебрально-нервно-мышечную деятельность… посредством прямой релаксации перцепторной части этого пути».

В свете исследований Джейкобсона понятна обычно повышенная активность поперечнополосатой мускулатуры у больных неврозами, часто сопровождающаяся жалобами пациентов на физическую утомляемость и слабость как в покое, так и, особенно, даже после незначительных физических нагрузок (эффект «неотдыхающих» мышц).

Техника релаксации по Джейкобсону заключается в выработке способности к произвольному расслаблению поперечнополосатых мышц в покое. Процесс обучения проводится в 3 этапа. На первом этапе обучаемый, лежа на спине, сгибает и разгибает руки в локтевых суставах, резко напрягая мышцы рук. Затем следует быстрое расслабление — руки должны свободно падать. Упражнение повторяется несколько раз. Задача первого этапа — научить пациента осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение, а также обучить целенаправленному расслаблению мышц-сгибателей. После этого продолжаются тренировки в расслаблении остальных поперечнополосатых мышц: шеи, туловища, плечевого пояса, ног, а позднее — мышц лица, глаз, языка и гортани. Второй этап: обучение дифференцированной релаксации. Обучаемый в положении сидя расслабляет мускулатуру, не участвующую в поддержании вертикального положения тела. Аналогичным образом тренируется расслабление мышц при письме, чтении, других занятиях. Третий этап: обучаемому ставится задача — повседневно наблюдая за собой, замечать, какие мышцы напрягаются у него при волнении, страхе, тревоге, смущении, и рекомендуется целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальные напряжения мышц. При этом (за счет механизмов обратной связи) наблюдается значительное снижение выраженности субъективных нервно-эмоциональных реакций.

Метод прогрессирующей мышечной релаксации может быть показан при устойчивых реакциях тревоги, страха и при депрессивных состояниях в сочетании с дозированной лечебной физкультурой. Систематическое — в течение 6—8 мес. — применение метода способствует снижению артериального давления при нейроциркуляторных дистониях гипертонического типа и в начальных стадиях гипертонической болезни. Активная регуляция мышечного тонуса играет ведущую роль в различных современных модификациях аутогенной тренировки.

Рациональная психотерапия

Разъясняющую, логически обоснованную терапию трудно выделить в самостоятельный метод. Скорее — это свод общих принципов взаимоотношений врача и больного. Трудно представить врача, который бы в процессе психотерапии не обращался к разуму больного, не разъяснял в той или иной степени сущности и возможных причин болезненного состояния, не указывал пути преодоления болезни. У нас в стране этот метод активно применяли и пропагандировали В. М. Бехтерев, Б. Н. Бирман, В. А. Гиляровский, Ю. В. Каннабих, С. И. Консторум, А. И. Яроцкий и многие другие.

Признанным основоположником рациональной психотерапии является швейцарский невропатолог P. Dubois, который считал, что неврозы возникают вследствие слабости интеллекта и ошибок суждения. Естественно, что в настоящее время эти теоретические построения не могут быть приняты безоговорочно. В то же время многие наблюдения, выводы и рекомендации Дюбуа, сделанные им в удивительно образной и понятной для больного форме, имеют несомненную практическую ценность. В качестве примера можно взять описание беседы Дюбуа с больным, страдающим бессонницей, которое А. М. Свядощ приводит в третьем издании своей монографии «Неврозы» (1982): «Не думайте о сне, — он улетает, как птица, когда за ним гонятся; уничтожайте здравым размышлением ваши пустые заботы и закончите день на какой-нибудь простой мысли, которая даст вам спокойно заснуть». Интеллектуальная многоуровневая психокоррекционная работа врача, направленная на изменение неадекватных отношений больного к обстановке или ситуации, вызвавших заболевание, составляет сущность рациональной терапии. Чаще всего рациональная терапия осуществляется в форме диалога между врачом и пациентом.

Рассматривая вопрос об отношениях рациональной терапии и других психотерапевтических приемов, P. Dubois противопоставлял «внушение» и «убеждение», считая, что если последнее адресуется к критике, к рассудку больного, то первое действует в обход и даже вопреки им. В этом вопросе авторы склонны в известной степени согласиться с А. П. Слободяником (1978), считающим, что «в самом убеждении и разъяснении уже скрыто внушение» — прямое или косвенное. Однако это особенное, осознанное внушение, опирающееся на доказательство и апеллирующее к логике больного. Отличительные особенности самовнушения и самоубеждения представлены в табл. 2.

Основные принципы рациональной психотерапии, детально разработанные Дюбуа, вне сомнения, должны входит в структуру любого метода лечения. В то же время активная роль интеллектуального (рассудочного) воздействия может существенно изменяться в зависимости как от применяемых методов лечения, так и от курируемого заболевания. В любом случае с самого начала между врачом и пациентом должна установиться надежная связь, основанная на доверии и взаим-

ной симпатии. Если по каким-либо причинам этой связи не возникает, лучше сразу найти деликатный повод для передачи пациента другому специалисту. Уже от результатов первой встречи с врачом в значительной степени зависит, будет ли больной стремиться к последующим встречам, поверит ли в выздоровление, станет ли сознательно и неукоснительно выполнять все назначения и рекомендации, превратится ли он в активного помощника врача в борьбе со своим недугом.

Таблица 2

Отличительные особенности методов самовнушения и самоубеждения

Оцениваемые признаки	Приемы психического самовоздействия	
	Самоубеждение	Самовнушение
Основа воздействия	Знания, представления, идеи, ставшие мотивами поведения человека и определяющие его отношение к действительности	Представления, в значительной степени зависящие от авторитета врача и веры в метод
Реализация воздействия	Чаще в состоянии активного бодрствования, преимущественно через интеллектуальную сферу	Преимущественно в состоянии пассивного бодрствования или на фоне фазовых состояний сознания через эмоционально-вегетативную сферу
Отношение к воздействию	Признание и непосредственное переживание его истинности, *потребность* в реализации	Внутреннее переживание и оценка воздействия, как правило, отсутствуют, *желание* реализации
Направленность воздействия	Как правило, на сложные поведенческие реакции	Чаще на моносимптом
Характер применения	Преимущественно в виде мотивированного самоубеждения или саморазубеждения с широкими вариациями содержания	В виде многократно повторяемых формул самовнушения преимущественно стандартного содержания
Внутренняя речь	В форме диалога	Монолог
Рефлексия сознания	Усилена	Ослаблена
Роль субъективного опыта	Очень велика	Незначительна
Зависимость эффективности от уровня интеллектуального развития	Выраженная	Менее выраженная
Осознание своих потребностей и целей пациентом	Активно осознаются в процессе воздействия	Чаще пассивное, на основе установок данных врачом

Окончание табл. 2

Оцениваемые признаки	Приемы психического самовоздействия	
	Самоубеждение	**Самовнушение**
Волевой компонент	Постоянно присутствует и непосредственно упражняется	Вовлекается опосредованно
Общее влияние на личность	Эффект самовоспитания, формирование привычки к самоконтролю	Связано с непосредственным содержанием формул самовнушения

В процессе систематического общения с больным врач последовательно разъясняет сущность болезненных симптомов и состояний, тем самым формируя критическое отношение к ним. В этих объяснениях необходимо придерживаться простоты и ясности изложения, доступной для понимания больного аргументации, избегая эффектных оборотов и специальной терминологии, а тем более заявлений наподобие того, что имеющиеся отклонения — «лишь плод фантазии». Огромное значение при проведении рациональной психотерапии имеют личность врача, его авторитет или, как образно отмечает А. А. Портнов, «ореол, которым окружено его имя». С первого посещения больной должен почувствовать, что в нем видят не «интересный случай» [Слободяник А. П., 1978], а страдающего человека, нуждающегося в помощи. Особую роль Дюбуа придавал внушению больному уверенности в выздоровлении, систематическому подчеркиванию любого, самого малозначимого факта, свидетельствующего о положительной динамике заболевания. Жалобы больного, какими бы многочисленными они ни были, нужно выслушивать с величайшим терпением. «Дать больному высказаться» — это тоже очень существенный терапевтический прием. Ложные и часто ошибочные представления пациента о своем заболевании нужно критиковать крайне деликатно, параллельно отмечая и правильность его отдельных суждений, даже в том случае, если они далеки от этого. Очень важно подмечать сильные стороны личности и характера больного, которые, безусловно, можно найти в каждом человеке. Не менее важно сделать эти сильные стороны достоянием больного и активно использовать их в психотерапевтическом процессе.

Больные, как правило, склонны рассказывать близким, знакомым, а порой и мало знакомым людям о своем состоянии и переживаниях. Психологическое содержание такой «открытости» состоит в поисках сочувствия и обнадеживающего (но не пренебрежительного) ответа, что имеющееся заболевание неопасно. К сожалению, такое межличностное общение в клинике и вне ее не всегда дает положительные результаты, поэтому нужно разъяснять пациенту, что о своей болезни ему лучше всего беседовать только с лечащим врачом. Иногда целесообразно привлекать для этого ассистентов из числа медицинских психологов. Позитивный эффект оказывает и опосредованное рациональ-

ное воздействие через членов семьи и лиц из ближайшего окружения. В процессе терапии и выздоровления необходимо постепенно, ступенчато «отдалять» от себя больного, стимулируя в нем чувство независимости от врача и уверенности в своем будущем.

Терапевтическая эффективность изменения неадекватного отношения больного к окружающей его среде, положительное влияние стенической реакции на преодоление заболевания, его исход, целесообразность функциональной тренировки при разъясняющей и убеждающей роли врача неоднократно подчеркивались В. Н. Мясищевым, М. С. Лебединским, К. И. Платоновым, Н. В. Ивановым и другими видными советскими психотерапевтами. Известный специалист и энтузиаст аутогенной тренировки А. М. Свядощ (1982) отмечал: «Каким бы способом врач ни лечил больного неврозом, метод убеждения всегда будет иметь значение не только для устранения болезненного симптома, но и для профилактики рецидива заболевания». Терапия убеждением и разъяснением является составной частью современной системы аутогенной тренировки, играя в ней большую или меньшую роль в зависимости от применяемых модификаций. Вне зависимости от группового или индивидуального применения метода, ему всегда предшествует собеседование, направленное на изучение личности больного и ее отношений. В содержание этой беседы органически входит воздействие разъяснением и убеждением, основу которого составляет формирование критического отношения больного к себе и своим ощущениям без их переоценки.

Тщательное объективное неврологическое исследование больного, страдающего неврозом, служит фундаментом для авторитетного разъяснения, что не соматические (органические) нарушения лежат в основе патологических симптомов, а эмоциональное напряжение и перенапряжение, следовые воздействия ранее перенесенных психических травм и переживаний. Целесообразно в доступной форме объяснить больному отличия «органического» и «функционального», логически обосновывая связи понятий «нервное — функциональное — излечимое».

При объективном обследовании больного неврозом оценка состояния мышечного тонуса имеет не только диагностическое, но и психотерапевтическое значение. Важно уже при первой беседе обратить внимание пациента на нередкие при таких болезнях напряженность лицевой мускулатуры, стесненность дыхания и прерывистость речи, изменения общего мышечного тонуса, выражающиеся в оживлении или снижении рефлексов. На этом фоне объяснение взаимосвязи нервно-эмоционального состояния и тонуса скелетной мускулатуры находит конкретное (очевидное и для больного) подкрепление в проявлениях болезни у исследуемого лица. Осознание этого факта способствует лучшему пониманию пациентом терапевтической значимости тренировки расслабления мышц и упражнений в регуляции мышечного тонуса. Человеку, обладающему достаточной подготовкой, можно привести аналогии из известных в кибернетике механизмов прямой и обратной связи.

Доступное разъяснение причин невротических расстройств и лежащих в их основе психофизиологических процессов можно проводить и посредством совместного, в том числе группового, обсуждения популярных изданий, ранее рекомендованных врачом к прочтению. Определенная духовная зрелость и наличие необходимого минимума знаний, подготовленность больного к осмысленному восприятию методики аутогенной тренировки составляет залог успеха терапии, формируя у пациента активное отношение к лечению и делая его соучастником терапевтического процесса. В свою очередь, активная позиция больного открывает перспективы к самовоздействию, к перестройке собственной личности, к самоубеждению и оптимизации психических процессов.

Наш опыт показывает, что в отличие от чистых форм аутосуггестии в методике аутогенной тренировки главенствующую роль играет самоубеждение (аутодидактика) на основе целенаправленно развиваемой рефлексивной функции сознания. Это положение обосновывается тем, что «внешним» для сознания, т.е. тем, на что оно может активно и преобразующе воздействовать, является не только внешний мир, но и внутренняя среда организма в целом (К. К. Платонов). Основная же суть рефлексивной функции сознания состоит в возможности воздействия на самое себя. При полном сохранении инициативы и самоконтроля это самовоздействие делает аутогенную тренировку интеллектуальным и волевым, чрезвычайно специфическим в своей сути процессом, ведущим к рациональной перестройке личности.

Аутогенная тренировка и сходные с ней методы

Коллективная психотерапия

Среди методик, родственных аутогенной тренировке, в первую очередь следует назвать варианты коллективной психотерапии. Существует множество видов коллективной психотерапии, к одному из которых, собственно, можно отнести и аутогенную тренировку при групповом варианте ее применения. А. П. Слободяник (1978) приводит краткое описание более двадцати различных методик и модификаций коллективной психотерапии («психотерапия в малой группе», «коллективная психотерапия в условиях совместной деятельности», «комбинированная групповая психотерапия», «семейная психотерапия», «коррективный интерперсональный опыт по Knobloch», коллективная психотерапия «кофе и…» по Masnik и др.).

Коллективная психотерапия в отечественной практике активно применяется с начала XX столетия [Неткачев Г. Д., 1909; Бехтерев В. М., 1921, 1925, и др.). Вопросы коллективной психотерапии неврозов в последующем успешно разрабатывали Н. В. Иванов С. И. Консторум, С. С. Либих, В. К. Мягер, В. Н. Мясищев, К. И. Платонов, В. Е. Рожнов, М. М. Кабанов, В. М. Воловик, Б. Д. Карвасарский и мн. др. В зарубежной практике также широко применяются методы групповой психо-

терапии. Кроме разнообразных разговорных ее форм, сюда относятся игровая психотерапия и психодрама Moreno, групповой психоанализ Wolf и др.

Изучение методов коллективной психотерапии и исследование ее особенностей, связанных с повышением внушаемости в группе, занимает значительное место в работах В. М. Бехтерева. Им были разработаны принципы и методика коллективного гипноза, до настоящего времени применяемые при лечении токсикоманий, алкоголизма и других расстройств. О значении, которое В. М. Бехтерев придавал этому направлению, свидетельствует тот факт, что именно эта тема была избрана им для доклада на I Всесоюзном съезде невропатологов (декабрь 1927 г.), сделанного за сутки до его смерти.

Несмотря на часто весьма существенные отличия в наименовании и стиле применения различных методов коллективно-групповой психотерапии, они имеют много общего. В их основе лежит, как правило, воздействие на уже существующие или специально создаваемые группы личности врача, который принимает на себя роль директивного или недирективного лидера[1]. Вторым компонентом коллективных методов психотерапии является межличностное взаимодействие членов группы, объединенных деятельностью, интересами или сходными отклонениями в состоянии здоровья. В последнем случае совместное обсуждение не только симптомов заболевания и их динамики в процессе лечения, но и лечебных приемов, осуществляемое под руководством и при непосредственном участии врача, в ряде случаев способствует психотерапевтическому эффекту. К сожалению, лечебное действие обычного человеческого сочувствия, сопереживания, бесспорно способствующее активизации компенсаторных и реадаптационных механизмов организма и личности, пока очень мало изучено.

В процессе работы с группой наиболее часто используются следующие психотерапевтические приемы: поиск общего, типичного для большинства больных (в жалобах, течении заболевания и выздоровления, реализации лечебного воздействия и т. д.); анонимное обсуждение развития и течения болезни одного из членов группы [Либих С. С., 1979].

Возможность охвата врачебным воздействием одновременно нескольких больных, часто «амбулаторный» характер группового терапевтического воздействия и его обоснованная в многочисленных исследованиях эффективность в значительной степени определяют дальнейшие перспективы использования методов коллективной психотерапии у больных, а также в целях производственной гигиены и улучшения профессиональной адаптации.

---

[1] Понятие «лидер» получило распространение в психологии в 30-е годы (работы K. Levin). Иногда наблюдаемая синонимизация понятий «лидер» и «руководитель» неправомерна. Далеко не каждый руководитель групп занятий, скажем, по аутогенной тренировке, может быть лидером в той же группе при проведении иной формы коллективно-групповой терапии.

Условнорефлекторная терапия

Другой группой методов, близких к аутогенной тренировке, являются различные формы условнорефлекторной терапии. Основателем этого психотерапевтического направления был В. М. Бехтерев, впервые предложивший принципы сочетательно-(условно)-рефлекторной терапии, исходя из павловского учения об условных рефлексах.

Вместе с тем В. М. Бехтерев отмечал «механизированный характер» метода и поэтому считал необходимым дополнять его рациональной психотерапией. Известно, что И. П. Павлов отвергал попытки объяснять обучение людей на основе упрощенного использования условнорефлекторной теории и критиковал за это школу бихевиоризма. В то же время ряд западных представителей поведенческой терапии[1] осуществляет механистический перенос теоретических построений И. П. Павлова в психотерапию. Таким, в частности, является так называемый «скиннеровский метод обусловливания», основанный на поощрении и наказании (в качестве последнего применяются достаточно ощутимые удары электрического тока).

Одной из разновидностей условнорефлекторной терапии являются психотерапевтические тренировки, которые, как правило, входят составным элементом в широкий круг врачебных мероприятий при лечении фобий и пограничных состояний. Психотерапевтические приемы при этом направлены на торможение патологических условных связей, их перестройку и обучение желательным, целесообразным формам поведения. В отечественной и зарубежной практике широко используется метод функциональной поэтапной тренировки, заключающийся в постепенной адаптации больного к психотравмирующей ситуации. Так, некоторые психотерапевты при лечении агорафобии (боязнь широких улиц и площадей) вначале заставляют больного проходить очень короткие расстояния в сопровождении врача, а затем постепенно увеличивают маршруты, используя одновременно директивное и суггестивное воздействие.

Обучающий характер и этапность, лежащие в основе функциональной тренировки, ее направленность на повышение активности пациента сближают этот метод с индивидуальными приемами аутогенной терапии.

Таким образом, следует признать, что по своему происхождению, структуре и механизмам действия (схема 1) аутогенная тренировка является синтетическим методом, удачно объединившим в себе положительные стороны ряда психотерапевтических приемов. В результате такого синтеза была создана качественно новая комплексная методика, способствующая активизации больного и направленная на стимуляцию

---

[1] Один из распространенных на западе методов «поведенческой терапии» — «терапия обусловливания» — своим наименованием обязан неверному переводу павловского термина «условный рефлексу, ошибочно истолкованного как «обусловленный рефлекс» [Toulmin S., 1978].

и оптимальное использование резервных возможностей организма и личности в процессе лечения.

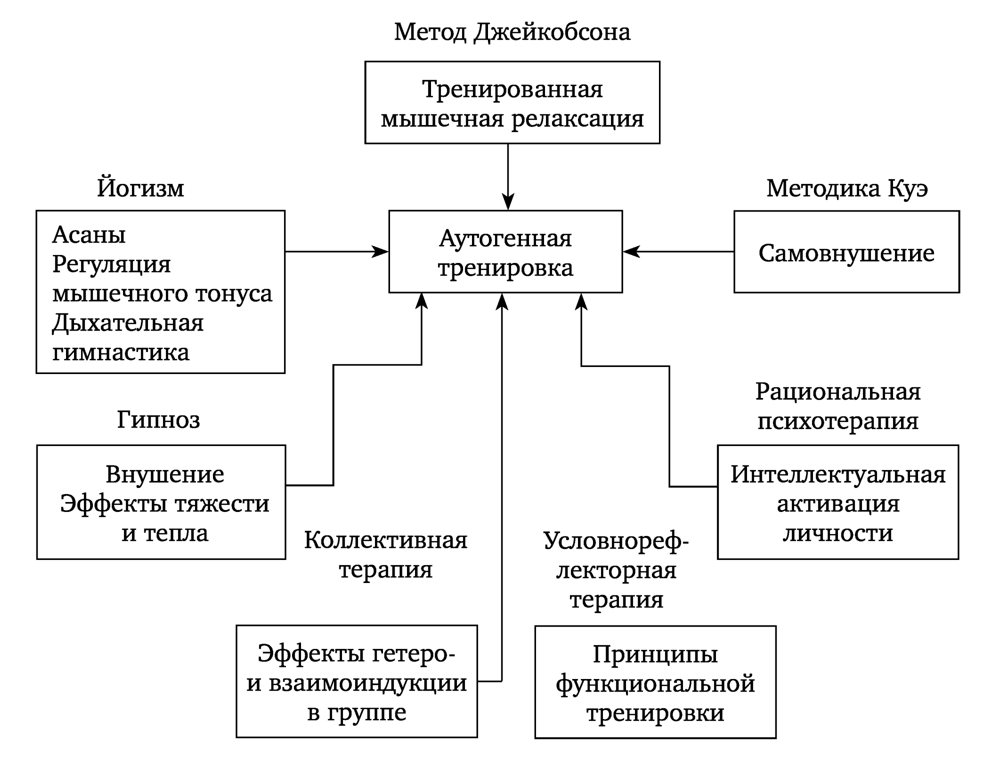

Схема 1. **Основные составляющие элементы психотерапевтического воздействия и источники аутогенной тренировки**

Стремление к использованию комплекса лечебных факторов с учетом их взаимоусиления и потенцирования представляет собой общую тенденцию современной медицины. Обзоры мировой литературы, посвященные работам по психотерапии самых различных заболеваний, показывают, что как у нас в стране, так и за рубежом на протяжении последних двух-трех десятилетий методы прямой суггестии или психоанализа все более и более уступают место комплексным психотерапевтическим методикам, среди которых важное место занимают методики тренирующего характера и повышающие способность к саморегуляции психических и физиологических функций.

Глава 2
ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА И ЧАСТНЫХ ПРИЕМОВ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Нейрофизиологические и нейропсихологические механизмы саморегуляции

Физиологические эффекты аутогенной тренировки в целом и механизмы восстановления под ее влиянием нервной регуляции тех или иных конкретных функций весьма сложны и до настоящего времени полностью не изучены. В зарубежных странах, где опыт практического применения аутогенной тренировки имеет уже достаточно длительную историю, эти механизмы часто объясняются с позиций и в терминах бихевиористических и психосоматических концепций, лишь очень отдаленно связанных с физиологией. В связи с этим известный французский автор L. Chertok в 1958 г. писал: «Научное обоснование релаксации еще трудно при сегодняшних знаниях… В дискуссии о взаимоотношении между физиологическим и психологическим релаксация является тем перекрестком, где эти области безнадежно спутаны». Через 20 с лишним лет в монографии «Непознанное в психике человека» он (1982) вновь возвращается к этой теме и, анализируя свой многолетний психотерапевтический опыт гипнолога и психоаналитика, обобщает: «...Я не мог не признать, что многое из того, что происходит у меня на глазах, остается для меня несомненно загадочным. Я вдруг обернулся к реальности. И заметил, что король голый. Наши знания о действительности ничтожны по сравнению с тем, что нам неизвестно»[1]. С некоторыми оговорками можно, в общем, согласиться с этим мнением.

По справедливому замечанию Н. В. Иванова, «трудность правильного построения теории релаксации связана с тем, что это неотделимо от решения общего философского вопроса о соотношении психического и физиологического».

На протяжении истории психотерапии постоянно возникали, отмирали или трансформировались научные теории, расширявшие наши представления о механизмах и основах психотерапевтического воздействия. Естественным и очевидным является положение, что любые новые успехи возможны только на основе творческого переосмысле-

[1] *Шерток Л.* Непознанное в психике человека. — М., 1982, с. 33.

ния и обобщения на качественно новом уровне огромной фактологии и научного опыта, существенный вклад в которые внесла отечественная психотерапия. Идеалистические позиции многих зарубежных исследователей в определенной степени тормозят прогресс в области психотерапии, в ряде случаев несовместимы с идеями и достижениями отечественной физиологической школы, основанной на принципах диалектического материализма.

Центральное место в раскрытии физиологических механизмов аутогенной тренировки занимает изучение вопросов саморегуляции исходно непроизвольных функций организма. Согласно технике Шульца, важным условием для овладения методом являются упражнения в расслаблении мышц, т.е. упражнения в целенаправленных двигательных актах, хотя и крайне редко реализуемых в обыденной жизни (в этом их варианте).

И. М. Сеченов впервые обосновал положение о том, что все психические акты принадлежат к рефлекторным и «все сознательные движения, вытекающие из этих актов, движения, называемые обыкновенно произвольными, суть в строгом смысле отраженные»[1]. Произвольное движение, по мнению И. М. Сеченова, отличается от непроизвольного тем, что оно подчиняется воле, сопровождается ощущениями, отражающимися в сознании, а также тем, что оно «есть движение ***заученное*** (полужирный курсив наш. — *Прим. авт.*) под влиянием условий, создаваемых жизнью»[2]. Здесь уместно еще раз напомнить, что обучающий (научающий) характер является одним из основных принципов аутогенной тренировки. Обучаемость человека, несмотря на значительное количество работ по этой проблеме в педагогике, как психофизиологическое качество пока очень мало исследована. Многие поразительные ее феномены, в силу их обыденности, не вызывают у нас удивления и ощущения прикосновения к загадочному. Например, речь, являясь произвольной функцией, становится ею лишь на основе длительного упражнения и научения. В этом плане самого пристального внимания заслуживают пока единичные опыты применения аутогенной тренировки у детей (Н. П. Мировская, С. Г. Файнберг, В. А. Сергеев с соавт. — у нас; В. С. Манова-Томова — в Болгарии; P. Arcan — в Румынии), когда обучаемость как системное качество наиболее высока. Возможно, если бы так же систематически и настойчиво, как мы обучаем детей навыкам социальной (интерперсональной) саморегуляции отношений (опроизволиваем их), мы прививали бы им приемы саморегуляции внутренних (интраперсональных) отношений, многие современные данные о статистике психоневрологической патологии не выглядели бы так удручающе. *Одновременно это способствовало бы снятию того налета сверхъестественности с фактов управляемой саморегуляции*

---

[1] *Сеченов И. М.* Рефлексы головного мозга. — М., 1961, с. 70.

[2] *Сеченов И. М.* Избранные философские и психологические произведения. — М., 1974, с. 291.

исходно непроизвольных функций, которые, возможно, являются непроизвольными в значительной степени потому, что мы не ставили сознательной цели их опроизволивания.

Учение И. М. Сеченова об отражательной роли мозга было поддержано и развито в трудах И. П. Павлова и созданной им школы. Обоснованные в отечественной науке принципы нервизма и детерминизма, учение об условных рефлексах позволили с физиологических позиций подойти к вопросу о произвольных и непроизвольных реакциях. Многочисленные экспериментальные работы павловской школы показали, что в основе произвольных движений лежат корковый анализ и синтез афферентных сигналов, идущих от внешней среды и от проприорецепторов. По словам И. П. Павлова, «весь механизм волевого движения есть условный, ассоциативный процесс, подчиняющийся всем описанным законам высшей нервной деятельности»[1].

В многочисленных работах И. П. Павлова подчеркивается роль речи и образных представлений в установлении двусторонних связей кинестетических клеток с двигательными, а также клетками корковых отделов анализаторов. Обсуждая вопрос об идеомоторных актах (которые, как мы убедимся позднее, играют огромную роль в методике аутогенной тренировки), И. П. Павлов говорил: «Давно было замечено и научно доказано, что раз вы думаете об определенном движении, т.е. имеете кинестетическое представление, вы его невольно…, этого не замечая, производите»[2]. Идеомоторная тренировка в качестве одного из главных компонентов входит во многие современные модификации аутотренинга.

Связь функционального состояния центральной нервной системы и адаптивного поведения с движениями, тонусом поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, имеющих обширное корковое представительство, неоднократно подчеркивалась И. П. Павловым и его учениками. В 1912—1913 гг., читая лекции в Военно-медицинской академии, И. П. Павлов говорил: «Нормальная мышечная деятельность тонко регулируется раздражениями, идущими от самого двигательного аппарата, а именно: во время движения сухожилия то натягиваются, то ослабляются, сочленовые поверхности соприкасаются… И, так как в этих частях, в сухожилиях, суставах и т. д. оканчиваются центростремительные нервы, которые в каждый момент посылают раздражения в центральную нервную систему, то благодаря этому сигнализируется каждый момент движения и все движение в целом регулируется и направляется»[3]. В этой короткой цитате со всей очевидностью обнаруживаются рефлекторные основы теории обратной связи, а также полученные позднее нейрофизиологические факты саморегуляции мышечного тонуса и функционирования гамма-петли.

---

[1] *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. — М.; Л., 1951, т. III, кн. 2, с. 229.

[2] *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. — М.; Л., 1951, т. VIII, кн. 2, с. 316.

[3] *Павлов И. П.* Лекции по физиологии. — М.; Л., 1951, с. 550—551.

Принцип рефлекторной деятельности мозга, обоснованный в работах И. П. Павлова, полностью сохраняет свое значение и по отношению к эмоциональным реакциям. Мышечные компоненты эмоций — мимика, пантомимика, тембр голоса — являются объективными признаками состояния психики. Психологическое обоснование связи мышечной деятельности с эмоциональной сферой берет свое начало еще от исследований W. James и C. Lange. Несмотря на наивность аргументации («эмоция — ощущение телесных изменений»), этими авторами была довольно точно подмечена взаимосвязь эмоциональных ощущений и их внешнего выражения.

Хорошо известно, что мышечное напряжение («застывшая мимика», «нервная дрожь», «стесненное дыхание» и т. д.) является соматическим компонентом страха и других отрицательных эмоций. Психологический опыт подкрепляется физиологическими наблюдениями с одновременной регистрацией вегетативных, биохимических и моторных изменений в ответ на эмоциогенные раздражители. Специальные электрофизиологические исследования, в частности, показали, что отрицательные эмоциональные состояния всегда сопровождаются активацией поперечнополосатой мускулатуры, а расслабление мышц служит внешним выражением положительных эмоций, состояния покоя, уравновешенности. В связи с этим становятся понятными физиологический смысл волевого расслабления мышц, тренировки этого процесса, а также роль самовнушения на фоне состояния релаксации, вызывающего фазовые состояния в коре головного мозга. Словесный сигнал или образ, вызванный словесным сигналом, ведет при повторении в процессе тренировки к образованию условных кортико-висцеральных реакций и реализации желаемых сдвигов, тем самым повышая уровень саморегуляции.

Говоря о том, что только у человека движения становятся истинно произвольными, И. П. Павлов писал: «Непроизвольное можно сделать произвольным, но достигается это теперь при помощи второй сигнальной системы»[1]. «Слово, — указывал он, — благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обусловливают те раздражители»[2]. Роль речи в развитии произвольной регуляции функций была убедительно показана в ряде работ отечественных авторов (Н. А. Бернштейн, К. И. Платонов, П. К. Анохин, Л. С. Выготский, А. Р. Лурия).

Большое значение для понимания механизмов внушения и опроизволивания имеют установленные павловской школой и Н. Е. Введенским так называемые фазовые (переходные) состояния между сном и бодрствованием, отличающиеся различной степенью выраженности

---

[1] *Павлов И. П.* Павловские среды. — М.; Л., 1949, т. 2, с. 337.

[2] *Павлов И. П.* Полн. собр. соч.— М.; Л., 1951, т. IV, с. 429.

и интенсивности процессов торможения функций. Одной из наиболее существенных для психотерапии особенностей фазовых состояний является открывающаяся при этом возможность воздействия на некоторые психические и физиологические функции «в обход сознательного контроля». По И. П. Павлову, сила самовнушения (или внушения) определяется наличием «концентрированного раздражения определенного участка коры, сопровождающегося сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих, так сказать, коренные интересы всего организма, его целостности, его существования»[1]. При таком состоянии коры больших полушарий могут создаться условия, когда второсигнальные (знаковые) процессы доминируют над реальными ощущениями. «Одним из прямых результатов этого, — писал К. И. Платонов, — является возникновение акта самовнушения».

С трудами И. П. Павлова и Н. Е. Введенского тесно связаны представления о доминанте, выдвинутые А. А. Ухтомским. Под доминантой А. А. Ухтомский понимал «господствующий очаг возбуждения, предопределяющий в значительной степени характер текущих реакций центров в данный момент», считая, что принцип доминанты является «физиологической основой акта внимания и предметного мышления». Исходя из этих представлений, причины многих психопатологических явлений («навязчивости», «галлюцинаций», «предубеждений») А. А. Ухтомский видел в «инертности господствующего возбуждения» («доминанте переживаемого момента»). С точки зрения теории А. А. Ухтомского, всякое индивидуальное психическое содержание есть след от пережитой ранее доминанты. Текущее состояние человека и его активность, по А. А. Ухтомскому, всегда является отражением той или иной доминанты. Устойчивость же самой доминанты зависит от лабильности формирующих ее нервных центров. Чем лабильнее и одновременно устойчивее возбуждение нервных центров, тем благоприятнее условия для образования новых доминант. Следует отметить, что основная сущность аутотренинга состоит именно в целенаправленной тренировке нервных процессов — их лабильности, устойчивости и переключаемости.

Существенное влияние на современные теоретические построения в психологии и медицине оказали идеи известного советского психолога Л. С. Выготского, заложившего основы исторического подхода к изучению психики человека. В основе предложенной им теории лежат две гипотезы — об опосредованном характере психической деятельности и о происхождении внутренних психических процессов из внешних (идея интериоризации). Автор рассматривал процесс формирования внешних психических функций как образование форм речевого общения с последующим их обращением на себя и далее «про себя». Всякая высшая психическая функция необходимо проходит через внешнюю стадию в своем развитии, потому что она является первоначально

[1] *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. — М.; Л., 1951, т. III, кн. 2, с. 212.

социальной функцией[1]. Теоретические построения Л. С. Выготского были в последующем подтверждены в работах А. Н. Леонтьева (1977).

В последние годы активно проводятся нейрофизиологические и психофизиологические исследования функции речи, которую нейропсихолог А. Р. Лурия назвал «одним из наиболее существенных средств ***регуляции человеческого поведения***», поднимающего «отдельные непроизвольные реакции до уровня сложных произвольных действий» и осуществляющего «контроль за протеканием высших, сознательных форм человеческой деятельности». А. Р. Лурия, развивая положения И. П. Павлова и Л. С. Выготского, считал, что специфически человеческие формы психической деятельности включают, прежде всего, взаимодействие двух уровней организации нервных процессов: первосигнального и «того, который формировался на основе языка и в основе которого лежала сигнальная регулирующая функция слова». Далее, автор высказывает предположение, что «в различных патологических состояниях изменение нейродинамики, лежащей в основе элементарных и речевых процессов, может быть неодинаковым». *Существенное значение для теории и практики психотерапии имеют положения А. Р. Лурия о регулирующем влиянии речи при патологических состояниях и речевом воздействии на общую нейродинамику,* в частности у детей. Опыты, проведенные им совместно с Е. Д. Хомской у детей с церебральной патологией, показали, что если регулирующее влияние речи остается сохранным, то оно может компенсировать нарушения общей нейродинамики. Поддерживая высказывание D. Hebb, А. Р. Лурия пишет, что «по отношению к человеку понятие CNS может быть расшифровано как Conceptual Nervous System»[2], тем самым еще раз подчеркивая регулирующую роль речи и вербального мышления по отношению ко всем функциям ЦНС. Эти обоснованные научные положения в значительной степени объясняют механизмы и терапевтическую эффективность модификаций аутогенной тренировки, в основе которых лежит вербальное аутовоздействие.

Изложение теоретического обоснования и физиологических механизмов аутогенной тренировки и психотерапии в целом было бы неполным без учета теории функциональных систем, разработанной П. К. Анохиным (1978). Эта теория развивает основные положения физиологического учения И. П. Павлова и вводит качественно новые понятия о специфических механизмах динамической организации активности в целостную систему поведенческого акта.

Первоначально в павловских исследованиях психические и физиологические, условнорефлекторные процессы сопоставлялись, при этом И. П. Павлов считал, что «здесь имеется (в условном рефлексе. — *Прим. авт.*) полное слитие, полное поглощение одного другим,

---

[1] *Выготский Л. С.* Развитие высших психических функций. — М., 1960, с. 197.

[2] Conceptual Nervous System (англ.) — концептуальная (знаковая) нервная система; CNS — ЦНС.

отождествление»[1]. Позднее, говоря о своем учении, И. П. Павлов отмечает, что оно «совершенно исключило из своего круга психологические понятия»[2]. К сожалению, об этом иногда забывается, и в наше время еще можно встретиться с излишней психологизацией павловской теории и терминологии. Отражение мозгом объективной действительности в рамках условнорефлекторной теории затрагивало лишь физиологические процессы и поведенческие реакции. Таким образом, учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности создало только предпосылки для изучения механизмов поведения человека.

На основании опыта павловской школы и собственных экспериментальных исследований П. К. Анохиным была создана «теория функциональных систем». Его исследования, в частности, показали, что некоторые периферические эффекты в условиях целостного организма не могут быть объяснены на основании причинно-следственных связей каждого из них со стимулом. Одновременно автором было обосновано, что совокупность отдельных эффекторных проявлений или их сочетаний не образует целостного поведенческого акта, а лишь их согласованность в интегративной деятельности мозга определяет суммарное выражение и сам феномен поведенческого акта. Таким образом, в теории П. К. Анохина на смену представлениям о стимуле и реакции выдвигаются положения о целостной организации поведенческого акта и его интеграции из частных механизмов. Далее, П. К. Анохиным и его учениками было показано, *что поведенческий акт определяется не предшествующим и запускающим его стимулом, а конкретным результатом, на достижение которого направлен этот акт.* Тем самым в структуру поведенческого акта включалась цель, без которой невозможно объяснение адаптивной деятельности организма. Формирование в процессе психотерапии осознаваемой пациентом цели или «формулы-намерения» [Lindemann H., 1980] при аутогенной тренировке является обязательным элементом и залогом успешности психотерапевтического воздействия.

Изучение соматических и вегетативных функций позволило сделать П. К. Анохину заключение, что функции, участвующие в целостной интеграции поведенческого акта, организованы как функциональные системы, образующиеся «из динамически мобилизуемых структур», при этом «компоненты той или иной анатомической принадлежности мобилизуются и вовлекаются в функциональную систему только в меру их содействия получению запрограммированного результата» (П. К. Анохин). Согласно его теории, операциональная архитектоника функциональной системы поведенческого акта включает в себя ряд стадий или составляющих афферентного синтеза. К ним относятся: мотивационные влияния, прошлый опыт, пусковая и обстановочная афферентация, принятие решения, формирование акцептора результа-

[1] *Павлов И. П.* Избранные произведения. — М., 1949, с. 521.
[2] Там же, с. 385.

тов действия (его цели) и программы действия, выполнение действия, получение результата и сличение его с акцептором действия. С учетом этих данных *изучение структуры* любого, в том числе *патологически извращенного, поведенческого* (*и в этом случае — приспособительного*) *акта, в основе которого лежат мотивационные установки и специфически трансформированный прошлый опыт пациента, должно всегда предшествовать психотерапевтическому воздействию.* В своей теории П. К. Анохин вводит понятие «опережающего отражения» параметров будущего стимула-результата в рецептивных полях, т.е. в континууме поведения каждый стимул-результат не только ожидается, но и активно «запрашивается» из внешней (или внутренней) среды.

Открывающиеся в настоящее время определенные пути количественной оценки некоторых параметров организованности, а следовательно, и саморегуляции системы делают возможной экспериментальную проверку теоретических построений П. К. Анохина. С точки зрения психотерапии, представляет несомненный интерес объединение в теории П. К. Анохина мотивационных установок и целеполагания в единый континуум с физиологическими приспособительными реакциями на основе интегративной деятельности мозга и функционирования всего организма как целого. *Это позволяет предположить, что глубокие отличия между произвольной и вегетативной регуляцией функций лежат более в области наших традиционных представлений, нежели в области их структурной и функциональной организации.*

Весьма показателен пример взаимообусловливания физиологических и поведенческих реакций, который приводит П. К. Анохин для демонстрации «внешних» и «внутренних» циклов физиологической деятельности организма: «1) обеднение организма и крови водой в результате различных потерь повышает осмотическое давление крови; 2) гипертоническая кровь раздражает определенные центры гипоталамуса и приводит к генерализованному возбуждению подкорковых и корковых структур головного мозга, — эта генерализация возбуждения формирует субъективное ощущение жажды; 3) ощущение жажды толкает человека на ряд поведенческих актов, направленных на разыскание воды; 4) прием воды и поступление ее в кровь восстанавливают константный уровень нормального осмотического давления (7,6 атм), и ощущение жажды исчезает»[1].

Несомненно, что представления о системной организации физиологических, психофизиологических и поведенческих реакций должны найти отражение в решении целого ряда проблем психотерапии и, в частности, в раскрытии и понимании механизмов аутогенной тренировки. Приступающим к изучению этого метода настоятельно рекомендуется прочесть в цитируемой выше книге главы «Саморегуляция физиологических функций» и «Теория функциональной системы как предпосылка к построению физиологической кибернетики».

---

[1] *Анохин П. К.* Узловые вопросы теории функциональной системы. — М., 1980, с. 121.

Осознаваемая и неосознаваемая психическая активность

В последние годы наблюдается усиление внимания ряда исследователей и, в частности, психотерапевтов к проблеме бессознательного. Обычно постановку этой проблемы связывают с именем S. Freud. Однако необходимо отметить, что еще И. М. Сеченов признавал, что, помимо явного (осознанного) ощущения, могут существовать явления, которые он характеризовал как «ощущения в скрытой форме». На реальность проблемы бессознательного указывали И. П. Павлов, С. Л. Рубинштейн. В советский период этому направлению был посвящен целый ряд работ известных отечественных специалистов (Г. В. Гершуни, Д. Н. Узнадзе, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, В. Н. Мясищев и др.). Как отмечал П. К. Анохин, «за пределами фокуса сознания остается огромный багаж, который можно назвать памятью мозга; этот багаж накапливается в течение всей жизни и оказывается, как показывают некоторые гипнотические опыты, поразительно стойким».

Не останавливаясь подробно на критике психоаналитической концепции бессознательного, отметим лишь, что фрейдизм пытался создать теорию «бессознательного» в полном отрыве от научного физиологического учения о мозговых, в том числе высших психических, функциях. Затронув многие важные проблемы и обнаружив некоторые интересные для клинициста-психопатолога факты, психоаналитическое направление не смогло научно их обосновать или раскрыть их сущность.

В силу в целом реакционной основы психоаналитических теорий советская наука не приняла их[1]. Что же касается психоанализа как терапевтического метода, то здесь неприятие не было глобальным, как это хотят изобразить и изображают на Западе.

В настоящее время можно считать установленным, что бессознательное более всего связано с так называемой «сферой мотивов» (или «мотивационной сферой»), участвующей в процессах принятия решения. По А. Н. Леонтьеву, «факт существования актуально не сознаваемых мотивов вовсе не выражает собой особого, таящегося в глубинах психики начала. Неосознаваемые мотивы имеют ту же детерминацию, что и всякое психическое отражение: реальное бытие, деятельность человека в объективном мире. Неосознаваемое и сознаваемое не противоречат друг другу; это лишь разные уровни психического отражения…». Автор выделяет три основные особенности проявления бессознательного: 1) возможная неосознаваемость основных мотивов

---

[1] В значительной степени претенциозными являются и представления о бесспорном принятии психоаналитических теорий на Западе. Так, американский исследователь Я. Конн в журнале Американской медицинской ассоциации (1974) писал: «Фрейдовское представление о том, что за привязанностью ребенка к матери скрыто инцестуозное (кровесмесительное) влечение, следует рассматривать как проекцию на психику ребенка лишь переживаний взрослых психопатов».

деятельности; 2) возможная неосознаваемость событий, вызывающих эмоциональные сдвиги; 3) необходимость специального анализа переживаний для осознания того, что оставалось неосознаваемым. Последнее положение имеет непосредственное отношение к индивидуальному психиатрическому и психологическому обследованию больного. Оно во всех случаях должно предшествовать психотерапевтическому воздействию, в том числе и в случаях применения методов коллективной психотерапии, одним из видов которой является аутогенная тренировка, проводимая в группах, так как *часто именно «неосознаваемые» переживания или переживания, которые пациент не может или не желает осознавать, лежат в основе тех или иных невротических нарушений.*

Давая определение бессознательного, весьма сходную точку зрения высказал Л. С. Выготский: «...Бессознательное не отделено от сознания какой-то непроходимой стеной. Процессы, начинающиеся в нем, имеют часто свое продолжение в сознании, и, наоборот, многое сознательное вытесняется нами в подсознательную сферу. Существует постоянная, ни на минуту не прекращающаяся живая динамическая связь между обеими сферами нашего сознания. Бессознательное влияет на наши поступки, обнаруживается в нашем поведении, и по этим следам и проявлениям мы научаемся распознавать бессознательное и законы, управляющие им».

Обращая существенное внимание на включение прошлого в актуальную историю личности и влияние пережитого на структуру отношений и оценок актуальных событий, психоаналитической школой было выявлено, что эти отношения и оценки проявляются в речи пациентов. Независимо от психоаналитических толкований, в ряде исследований отечественных и зарубежных авторов было показано, что в действительности довольно часто наблюдается расхождение между имевшей место реальностью и отражением последней в представлениях (и, соответственно, в изложении) людей, являвшихся участниками тех или иных событий. Фактически каждое событие индивидуальной или общественной жизни претерпевает трансформацию в сознании человека.

Выслушивание рассказа больного на этапе, предшествующем психотерапевтическому воздействию, показало его высокую эффективность: с одной стороны, уже сам свободный рассказ пациента оказывает заметное позитивное влияние, а с другой, он позволяет выявить особенности личности больного и учесть их при индивидуализации приемов аутогенной тренировки. Врач, применяющий этот метод, должен быть готов и к тому, что с каждой последующей беседой больной будет «вспоминать» все новые и новые подробности своей жизни, которые могли иметь отношение к развитию заболевания, одновременно делая врача своим доверенным лицом, что является одним из важных залогов успешности психотерапии.

В современной отечественной психологии термин «мотивы» применяется для обозначения самых различных явлений и состояний, вызывающих и часто определяющих активность человека. В формировании

или непосредственно в роли мотивов могут выступать ведущие потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и социально-опосредованные идеалы личности. Без глубокого анализа мотивационной сферы продуктивность психотерапии всегда ограничена.

Наш опыт применения метода самовнушенных сновидений показал, что их содержание чаще всего отражает основные стремления и потребности пациентов. Так, женщины, не состоявшие в браке, желали пережить во сне картины бракосочетания или супружеской жизни (не обязательно сексуально окрашенные); лица с ориентацией на успех и социальные достижения, как правило, реализовали в своих самовнушениях и сновидениях достижение желаемого; длительно болеющие пациенты обращались к сюжетам выздоровления, восстановления активности и т. д. Это позволяет предположить, что *между фантазиями, мечтами и сновидениями как отражением целевых установок (мотиваций) и в известной степени — компенсацией нереализованных желаний личности есть много общего.* Во всяком случае, наш опыт показывает, что реализация осознаваемых или актуально неосознаваемых желаний в сновидениях иногда вызывает позитивные сдвиги, в определенной мере играя роль «замещающего действия» и способствуя улучшению состояния больных неврозами. Подчеркнем, что использование предложенного нами метода аутогенной терапии памяти (см. гл. 6) показало, что «болезненные» воспоминания часто актуализируются для пациента лишь в состоянии релаксации или сна, и уже само воспоминание в ряде случаев оказывает выраженный позитивный эффект.

Исследование проблемы неосознаваемого психического в последние десятилетия пополнилось новыми существенными сведениями в связи с изучением вопросов подпорогового или «защитного» восприятия. Эти исследования, в частности, показали, что биоэлектрические и вегетативные реакции на индивидуально (эмоционально) значимые стимулы формируются при более низкой интенсивности раздражителя, чем его опознание [Костандов Э. А., 1976; Костандов Э. А., Арзуманов Ю. Л., 1978]. Были получены данные, что в ответ на подпороговый эмоционально значимый стимул происходит изменение общей чувствительности анализаторов. Таким образом, *особенности сознательного восприятия и содержательная интерпретация явлений могут формироваться подпороговыми воздействиями.* При этом пороги восприятия эмоционально значимых стимулов могут оказываться как более низкими, так и более высокими, по сравнению с порогами восприятия нейтральных стимулов. Повышение порогов восприятия эмоционально значимых стимулов, по-видимому, можно отнести к физиологическим компонентам феномена «психологической защиты», на которой мы остановимся далее.

Один из сторонников концепции защитного восприятия C. Eriksen писал: «Основное положение теории защитного восприятия касается способности человеческого организма распознавать присутствие возбуждающих стимулов на бессознательном (не выражаемом словами)

уровне. Это бессознательное распознавание необходимо, если защитная реакция, как предполагается, служит для того, чтобы предотвратить распространение возбуждения (беспокойства, тревоги) на более высокие уровни сознания». С точки зрения теории и практики аутогенной тренировки, большое значение имеет вывод N. Dixon о том, что действие подпорогового стимула, в ряде случаев играющего роль императивного внушения, лучше проявляется в состоянии пассивного расслабления пациента. Аналогичные результаты были получены в опытах H. Fiss и соавт., которые показали, что *направленная активация «спонтанного воображения» и распознавание подпороговых (внешних или внутренних) ощущений особенно четко проявляются в состоянии полной релаксации*. Это определяет один из перспективных аспектов применения аутогенной тренировки как метода донозологической диагностики на основе интроспекции внутренних допороговых ощущений.

По нашему мнению, отделение понятий «Я слышу», «Я вижу» и т. д. от понятия «Я чувствую», которое в равной мере является объективной реальностью для пациента, весьма условно. Эмоциональные ощущения и переживания, часто носящие характер допороговых или интуитивных, при внимательном их изучении и анализе могут содержать огромное количество прагматической информации. Значение психологических и эмоциональных составляющих в генезе преморбидных состояний в последние годы подчеркивалось в работах многих авторов. Известный специалист в области аутотренинга и проблем защитного восприятия Л. П. Гримак и психолог Л. Г. Дикая (1983) отмечают, что в «определенных условиях первичной становится психическая дезадаптация и только потом развивается психофизиологическая дезадаптация, которая в большинстве работ была основным предметом изучения. В связи с этим в вопросах диагностики и управления состоянием человека акцент в значительной степени сдвигается с чисто психофизиологических позиций на психологическую основу».

Проблема подсознательного восприятия тесно связана с исследованием и анализом сновидений. В соответствии с гипотезой C. Holl, только незначительная часть дневных впечатлений включается в функциональную систему, отвечающую за генерацию сновидений, а именно только те стимулы или следы дневных впечатлений, которые имеют формальное сходство с эмоционально значимыми для данного человека. Аналогичные явления наблюдались нами при использовании метода аутогенной визуализации представлений в состоянии релаксации. С учетом данных о влиянии релаксации на восприятие подпороговых внешних и внутренних стимулов (к последним относятся и неактуализируемые мысли), а также наблюдаемого в последние годы активного применения аутогенной тренировки в целях стимуляции творчества существенный интерес представляет точка зрения U. Neisser на соотношение аналитического и интуитивного (или вербального и невербального) мышления: «Аналитическое мышление характерно тем, что оно делает определенный шаг в определенное время. Эти

шаги ясно очерчены, и обычно мыслящий человек может адекватно изложить свои мысли другому индивиду. Такой вид мышления протекает при относительно полном осознании информации и этапов ее переработки… Для интуитивного мышления не характерна строгая последовательность его этапов. Оно основано, как представляется, на процессах подсознательного восприятия проблемы в целом. Решение задачи в этом случае, которое может быть верным или неверным, сопровождается лишь смутным осознанием (если оно вообще имеет место) процесса принятия решения. Интуицию, творчество, так же как сновидение и подсознательное восприятие, можно рассматривать как «дологическое» мышление, т.е. когда мыслительный процесс не ограничивается рамками возможного, пределами реального, действительными соотношениями места и времени. В этом смысле направленность внимания является сдерживающим фактором познания… Недостаток избирательности внимания в определенной степени компенсируется подсознательным восприятием, так как именно оно подготавливает условия для сознательного выбора».

Приведенные данные позволяют оценить возможности применения аутогенной тренировки для стимуляции способностей и творчества как весьма перспективные. Изложенное также позволяет сделать вывод, что формирование психологических установок («преднастроечная деятельность») является одной из важнейших функций подсознательного восприятия.

Теория установки и ее клинико-психологические аспекты

Понятие «установки» было детально разработано и обосновано в работах Д. Н. Узнадзе (1961, 1966). В настоящее время установка определяется как состояние готовности, предрасположенности субъекта к определенному типу активности в определенной ситуации. Д. Н. Узнадзе и его школой было экспериментально доказано наличие общепсихологической готовности индивида к реализации активированной потребности и установлена закономерность закрепления такой готовности при неоднократном повторении ситуации.

Теория установки в настоящее время широко используется для объяснения многих психологических феноменов, в частности при изучении явлений бессознательного (работы Ф. В. Бассина, В. П. Зинченко, А. С. Прангишвили и др.). В работе «Экспериментальные основы психологии установки» Д. Н. Узнадзе писал: «Если окажется, что существуют какие-то определенные типы активности установки, которые выступают в зависимости от индивидуальных особенностей субъекта этой деятельности, то тогда придется признать, что установка имеет нечто вроде типологически отличающихся форм своего проявления и что, следовательно, перед нами возникает задача специального изучения этих форм». Проведенные нами в последние годы исследования показали, что у различных лиц можно выделить устойчивую тенденцию

воспринимать стимулы и реагировать на них тем или иным образом, что с постоянством проявляется в процессе предметной деятельности [Решетников М. М., 1984].

Полученные данные позволили определить три основных типа установки на переработку информации у человека и на основе представлений об уровневой структуре и организации функций определить понятие — тип саморегуляции как индивидуально обусловленный преимущественный способ психофизиологического (адаптивного) реагирования, реализации познавательной, познавательно-преобразующей и коммуникативной активности личности. С точки зрения патологии, особый интерес представляют крайние типы: с преимущественной установкой на продуктивность и с преимущественной установкой на надежность, которые в процессе деятельности, общения и психофизиологического обследования по большинству показателей имеют прямо противоположные характеристики. Так, лица, относящиеся к продуктивному типу, независимо от характера деятельности неосознанно ориентированы преимущественно на продуктивность (в психологическом смысле — на успех), в абсолютном большинстве случаев «пренебрегая» (также не осознавая этого) показателями эффективности и надежности. Лица противоположного типа ориентированы преимущественно на надежность (в психологическом смысле — на избегание неудачи). В зависимости от вида деятельности выявленные типы имеют устойчивые тенденции к определенной профессиональной эффективности. Так, например, при работе в качестве специалистов энергетического профиля лица, относящиеся к продуктивному типу, всегда имеют более высокие показатели качества деятельности; при работе в качестве специалистов сенсорного профиля в условиях монотонии наблюдается обратное соотношение.

Сравнение крайних типов по ряду психофизиологических и социально-психологических критериев, в частности, показало, что продуктивный тип характеризуется достоверно большей авторитарностью в общении, тревожностью и невротизацией, чаще имеет более низкий статус в коллективе и самооценку при более высокой мотивации к достижению успеха в деятельности и внутригрупповом взаимодействии; эти же лица имеют более высокие показатели артериального давления, частоты пульса и обменных процессов в организме, а также отличаются по ряду других показателей.

Полученные при массовых обследованиях здоровых людей данные пока не позволяют сделать заключение о наличии исходно «слабоадаптивного» типа, однако являются прямым показанием к профилактическому применению аутогенной тренировки у данной категории лиц.

Межполушарная асимметрия

До последнего времени изучение психики человека велось преимущественно на «левополушарном» уровне или же на уровне «целост-

ного» мозга. Когда в начале 70-х годов американский нейрохирург Р. Орнстайн впервые по медицинским показаниям[1] произвел рассечение нервных волокон, связывающих левое и правое полушария мозга человека, врачи, нейрофизиологи и нейропсихологи получили уникальную возможность наблюдать за особенностями мышления людей, у которых выявлялось два, действующих одновременно и в известном смысле автономно, механизма психической деятельности.

Первым выводом этих исследований было подтверждение уже существующих в клинической невропатологии представлений о том, что полушария не идентичны. После рассечения мозолистого тела, передней и задней комиссур у пациентов наблюдалась весьма своеобразная картина одновременного функционирования «двух разных сознаний». Информация, поступающая через анализаторные системы в левое полушарие, не передавалась правому и наоборот. «Психическое расщепление» проявлялось не только в мышлении, но и в обучении, запоминании, мотивации и т. д. При этом было выявлено, что левое полушарие связано преимущественно с психической активностью, имеющей сукцессивный, распределенный во времени, характер, основанный на установлении причинно-следственных связей и логических умозаключениях; психической активностью осознаваемой, вербализуемой и, следовательно, коммуницируемой (реализуемой в общении). Активность правого полушария трудно или совсем не поддавалась вербализации и носила не сукцессивный, а симультанный характер («мгновенное схватывание»). Решения, реализуемые на уровне правополушарной психики, не имели в своей основе предшествующего рационального анализа и основывались на чувстве немотивированной уверенности в правильности реализуемой программы действий, часто необъяснимой: как и почему она зародилась. Эти особенности деятельности правой гемисферы, в обыденной жизни обычно характеризуемые как интуитивные, явились основанием для вывода о том, что именно правое полушарие имеет отношение к неосознаваемой психической активности.

Левое полушарие (у правшей) — это семиотическая система, осуществляющая обработку знаковой информации: речи, в том числе и внутренней речи, письма, цифр и т. д. Правое полушарие реализует мышление на уровне чувственных образов: эмоции, которые трудно выразить вербально, яркие бессловесные сны, восприятие музыки и т. п. Характерным чувством, целиком относящимся к правому полушарию, является хорошо знакомое специалистам и особенно часто наблюдаемое у невротизированных и астенизированных больных ощущение «уже виденного», возникающее в совершенно новой для человека обстановке. Таким образом, интегративная деятельность мозга обеспечивается двумя системами: системой чувственного восприятия («правополушарная психика») и системой знакового описания внешнего мира в элементах естественного языка (левое полушарие). Их

[1] Случай тяжелой эпилепсии.

сочетанной деятельностью, по-видимому, можно объяснить выявляемую в огромном большинстве случаев двойственность человеческого сознания, а именно постоянное присутствие в деятельности и поведении рационального и интуитивного.

Учитывая то, что интегративная деятельность мозга (психические функции) обеспечивается сочетанным функционированием обоих полушарий или чувственной и языковой системами, становится понятной выявляемая в ряде случаев более высокая эффективность модификаций аутогенной тренировки, формулы самовнушения при которых не только произносятся, но и образно представляются, что способствует включению в психотерапевтический процесс обоих уровней психической активности. Являясь филогенетически более старой, система чувственного (образного) восприятия, несомненно, играет огромную роль в психической деятельности человека. В то же время, за исключением аутогенной тренировки, она практически не используется в процессе психотерапевтического воздействия, чаще всего реализуемого на вербальном (левополушарном) уровне (гипноз, рациональная терапия и др.). Эти наши наблюдения подтверждают исследования М. Н. Валуевой, которая показала, что реакция на мысленное воспроизведение образа всегда является более сильной и устойчивой, чем на словесное обозначение этого образа. С учетом проблем изучения механизмов аутогенной тренировки представляют существенный интерес и данные о том, что в период отдыха, снижения внешней активности наблюдается регистрируемое на электроэнцефалограмме снижение активности левого полушария и повышение активности правого, деятельность которого, как предполагается, связана и с формированием мотивационных установок.

Проблема функциональной асимметрии головного мозга в последние годы привлекла особое внимание клиницистов и нейрофизиологов. Это обусловлено тем, что латерализация функций (у правшей, левшей и амбидекстров) оказывает определенное влияние на клинические проявления органических поражений и функциональных нарушений деятельности головного мозга [Ананьев Б. Г., 1963; Бабенкова С. В., 1971; Лурия А. Р., 1973; Двирский А. Е., 1975, 1983; Лобзин В. С., Михайленко А. А., 1980; Брагин Н. Н., Доброхотова Т. А., 1981]. Ряд исследователей указывает на гораздо большую частоту леворукости среди лиц со снижением интеллекта, больных эпилепсией, страдающих заиканием, косоглазием и некоторыми другими заболеваниями (В. А. Гиляровский, М. Кларк, В. Пенфилд, Л. Робертс). Имеются сообщения о том, что шизофрения у леворуких встречается гораздо чаще, при этом заболевание начинается раньше (в 20—24 года) и в 57 % случаев имеет непрерывнотекущую форму (у праворуких — 43 %) с преобладанием параноидной симптоматики и галлюцинаций различных модальностей [Кауфман Д. А., 1976, 1979; Двирский А. Е., 1976, 1983, и др.]. Наши расчеты, проведенные с учетом данных из различных источников, показали, что относительное количество леворуких среди психоневро-

логических больных (7,5—8 %) существенно превышает данные о распространенности леворукости в популяции: по А. Р. Лурия — 4,8 %; по Б. В. Огневу — 3 %; по А. Е. Двирскому — 5 % среди мужчин и 3 % среди женщин; по Г. Брабин — 5 %. Следует отметить, что приведенные данные не учитывают амбидекстров. В то же время они позволяют сделать вывод, что леворукость как внешнее проявление выраженной межполушарной асимметрии, по-видимому, можно рассматривать как врожденно искаженный и закрепленный в процессе онтогенеза вариант функциональных нарушений интегративной деятельности мозга, характеризующийся повышенной билатеральностью в ущерб филогенетически и структурно обусловленной межполушарной специализации.

Многие авторы отмечают другие субклинические формы функциональных расстройств, гораздо чаще встречающиеся у леворуких: затруднения в социальной адаптации, нервно-эмоциональная неустойчивость, интравертированность, некомфортность, конфликтность и склонность к делинквентному поведению, психопатоподобные тенденции и акцентуации личности [Симерницкая Э. Г., 1978; Ольшанский Д. В., 1980]. К сожалению, в большинстве случаев эти данные основаны лишь на предварительном разделении обследованных на праворуких и леворуких с помощью широко известных проб на определение «ведущего пальца», «ведущей руки» и «ведущего глаза». Проведенные нами исследования показали, что при повторном определении с интервалом в 3 мес. указанные признаки в 30 % случаев варьируют у одних и тех же испытуемых, а соотношение показателей скорости реагирования правой и левой рукой на стандартные стимулы при массовых обследованиях дает нормальное распределение (с равной представленностью крайних феноменов). Эти данные, с одной стороны, позволяют предположить существование определенной парциальной флюктуации признаков праворукости — леворукости, а, с другой, по-видимому, могут быть свидетельством более значительной роли социального фактора в формировании праворукости. Бесспорно, эти данные нуждаются в дополнительных исследованиях. Впрочем, здесь не лишне упомянуть об известных случаях леворукости у выдающихся представителей науки и искусства (В. И. Даль, И. П. Павлов, Леонардо да Винчи, Микельанджело, Ч. Чаплин и др.). В заключение данного раздела следует отметить, что освоение аутогенной тренировки у леворуких, как правило, проходит значительно труднее; эффективность метода у них обычно ниже, а отсев из группы гетеротренинга в процессе обучающего курса больше.

Учение об общем адаптационном синдроме

Еще будучи студентом немецкого университета в Праге в 1925 г., Ганс Селье заинтересовался неспецифическими реакциями организма, которые были «налицо» при многих заболеваниях и, следовательно,

как пишет сам автор учения об общем адаптационном синдроме, «бесполезными» для врачей. Г. Селье просто «поразило, что так мало признаков действительно характерно для какой-то определенной болезни, в то время как большинство признаков являются общими для многих, не связанных между собой заболеваний или вообще для всех болезней» [Селье Г., 1972].

Эти наблюдения привели молодого исследователя к исключительно глубоким выводам о том, что в процессе лечения необходимо применять средства, направленные не только против той или иной конкретной болезни, но лечить и тот общий синдром, который Селье назвал «просто болезнь». Специализируясь в последующем как биохимик и эндокринолог, проводя в 1935 г. опыты на животных, Г. Селье обратил внимание, что на воздействие различных химических и физических раздражителей организм реагирует рядом неспецифических признаков. Среди этих признаков наиболее постоянными были: «1) значительное увеличение коркового слоя надпочечников (с исчезновением секреторных гранул из корковых клеток); 2) острая инволюция тимико-лимфатического аппарата и 3) кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки». Эти изменения и составили первооснову «общего адаптационного синдрома» [Селье Г., 1936]. Тогда же впервые был употреблен ныне столь популярный термин «стресс», как пишет Г. Селье (1972), «для обозначения состояния неспецифического напряжения в живом организме, проявляющегося в реальных морфологических изменениях в различных органах, особенно в эндокринных железах, контролируемых гипофизом».

Интенсивные исследования и развитие учения о стрессе в последующие десятилетия показали, что феноменология стресса оказывается гораздо более сложной и далеко выходит за рамки триады Селье. *Характерной особенностью развития учения об общем адаптационном синдроме явилось то, что в целом само понятие «стресс», в отличие от его первоначального употребления, в значительной степени психологизировалось.* Основанием для этого были результаты целого ряда экспериментальных работ и клинических наблюдений, указывающих на ведущую роль центральной нервной системы в развитии стрессорных реакций. Учитывая особую роль эмоциональной сферы и ее влияние на метаболические процессы в организме, значительное распространение получил термин «эмоциональных стресс» (в отечественной литературе как синоним часто употребляется «напряженность»). Накопление экспериментальных данных в конце 70-х годов привело Г. Селье к осознанию необходимости уточнения понятия «стресс». В 1977 г. он писал: «В противоположность широко распространенному ранее мнению, стресс представляет собой явление, не идентичное эмоциональному возбуждению или нервному напряжению. Он возникает у экспериментальных животных даже после хирургической деафферентации гипоталамуса, которая устраняет все нейрогенные входы. Он может развиваться у человека, находящегося в состоянии глубокого наркоза,

а также у низших животных. Он наблюдается даже у растений, которые не имеют нервной системы. Исходя из этого, я предлагаю следующее определение: стрессом называется неспецифическая реакция организма на любое предъявляемое ему требование». У нас, однако, нет оснований согласиться с таким широким толкованием понятия «стресс». По-видимому, это сознавал и сам Г. Селье. В связи с данным определением он уточняет, что стресс — это не обязательно болезнь, и выделяет два его типа: эустресс («хороший», тренирующий, адекватный, оптимальный стресс) и дистресс («плохой», повреждающий стресс). Существует еще множество иных определений стресса, что, естественно, является признаком отсутствия единого понимания и единых представлений[1].

Понятие «стресс» в медицинской литературе со временем стало настолько же неопределенным и растяжимым, как и старое понятие «грех». Каждый вкладывает в эти слова свое собственное толкование [Лобзин В. С., Михайленко А. А., Панов А. Г., 1979]. Очевидно, что и в области психотерапии это понятие требует расшифровки. В настоящее время, по-видимому, можно констатировать, что, несмотря на различия во взглядах на сущность стресса и даже частично отличающиеся экспериментальные результаты, в целом разработанная Селье концепция общего адаптационного синдрома качественно расширилась: направление исследований, первоначально ориентированное преимущественно в сторону физиологии и эндокринологии, было дополнено познавательно-психологическими и активационно-энергетическими концепциями; само понятие адаптации стало более дифференцированным; были определены нейроэндокринные связи, установлена роль лимбической системы и ретикулярной формации в развитии стрессовых реакций; обосновано значение центральной нервной системы, кортикальных и субкортикальных структур, а также связь эмоциональных и нейроэндокринных эффектов, вызываемых стрессом [Судаков К. В., 1976; Космолинский Ф. П., 1976; Зараковский Г. М., Медведев В. И., 1977, 1979; Китаев-Смык Л. А., 1978, 1983; Бехтерева Н. П., 1980; Симонов П. В., 1981].

В большинстве современных исследований выделяются стресс-фактор и стрессовая реакция. Под стрессорами обычно понимаются различные внешние (и реже — внутренние) факторы, вызывающие повышенное напряжение или перенапряжение функций человека на физиологическом или нервно-эмоциональном уровне. Это напряжение обычно и обозначается как стрессовая реакция, так как возникающие в организме изменения носят обратимый характер и нарушенное психофизиологическое равновесие после прекращения воздействия стресс-фактора или по мере адаптации к нему может снова восстано-

---

[1] Сам создатель теории об общем адаптационном синдроме, президент Международного института стресса Г. Селье в последних работах признает: «...Дать его (*стресса* — прим. авт. — *М. Р.*) определение очень трудно, хотя оно и вошло в нашу обыденную речь». — В кн.: *Селье. Г.* Стресс без дистресса. — М.: Мио 1982, с. 25.

виться. Однако это зависит от качества, интенсивности, длительности стресса и степени возникающих при этом изменений. Если психофизиологические резервы организма не обеспечивают эффективной адаптации, то возникают дистрессовые состояния, которые в отличие от стрессовой реакции являются уже патологическими.

Не анализируя подробно различные теоретические и экспериментальные аспекты изучения стресса, следует сделать следующее заключение. *Если действительно правильно установлено, что человек биологически (физиологически) не защищен против висцеральных последствий эмоциональных и психосоциальных нагрузок, то это не значит, что вообще не существует возможностей адекватной адаптации.* Длительный клинический и экспериментальный опыт применения аутогенной тренировки у больных и здоровых людей многократно убеждает, что такая адаптация возможна, прежде всего, на основе стимуляции и оптимального использования психофизиологических резервов организма, а также повышения способности к саморегуляции, в том числе исходно непроизвольных функций организма. *Не имея возможности устранить или ослабить воздействие стресс-фактора, используя психофизиологические механизмы аутогенной тренировки, человек, тем не менее, может целенаправленно корригировать свои реакции на основе принципа минимизации последствий этого воздействия.* Оказываясь не в состоянии избежать психотравмирующей ситуации, человек может изменить, рационализировать отношение к ней.

Известно, что характер и величина эмоциональной реакции всегда зависят от предшествующего (существующего в момент воздействия) эмоционального фона. *Способствуя оптимизации психофизиологического состояния человека, аутогенная тренировка позволяет не только активно «настраиваться» на предстоящий или ожидаемый стресс, но, благодаря систематическому упражнению симпато-парасимпатических (тензорно-релаксирующих) функциональных систем, обеспечивает адаптивный эффект непосредственно в процессе стрессорного воздействия.* Вследствие психофизиологической целостности стрессовой реакции у человека, определяемой в значительной степени индивидуальной значимостью стимула, существенное влияние на величину и длительность этой реакции может оказывать интеллектуальная переоценка, рационализация субъективных переживаний. (Как уже отмечалось, элементы рациональной терапии в их активном варианте в качестве постоянного компонента входят во все современные модификации аутогенной тренировки.)

Комбинации различных раздражений, обусловливающих стрессовое воздействие, часто имеют аверсивную природу и могут вызывать одновременно как возбуждение (одних), так и торможение (других) функциональных систем организма. В то же время, как показали исследования К. В. Судакова и П. В. Симонова, возникающие при стрессе отрицательные эмоции (страх, тревога, депрессия) связаны с иной нейрофизиологической представленностью, нежели положительные

эмоциональные состояния. Учитывая, что невозможно одновременно испытывать две противоположные эмоции, следует сделать заключение о существовании между ними конкурентных отношений, которые могут активно и целенаправленно усиливаться с помощью приемов аутогенной тренировки.

Особенности психосоциальных и эмоциональных стресс-факторов заключаются, прежде всего, в их тенденции к хронификации и самоусилению. Их пороговые значения не поддаются точному измерению, а использование субъективных шкал выявляет весьма широкие вариации. Одновременно психические стресс-факторы являются в значительно меньшей степени предотвратимыми, чем, например, физические, и могут, составляя содержание интрапсихической сферы, действовать даже при объективном отсутствии раздражителя. *Если какой-то отрицательный психогенный фактор нельзя устранить, то нужно и следует изменить отношение к нему, снизить его индивидуальную значимость.* Усваиваемые в процессе применения аутогенной тренировки приемы интроспекции и переоценки собственных переживаний, усиление под влиянием систематических аутогенных упражнений рефлексивной функции сознания позволяют проводить активную коррекцию субъективного состояния и активно подавлять отрицательные эмоции.

Понятие «эмоциональный стресс» в значительной степени связано с балансом или дисбалансом между возникающими факторами риска и возможностями системы психологической защиты. *Эмоциональный стресс — это часто не только первоначальная реакция, но и стресс осознания, т.е. эмоциональная трансформация по своей сути интеллектуальных стимулов.* Объективно опасная ситуация, которая не стала достоянием сознания, не оценена — не вызывает стрессовой реакции. Укрепление волевых качеств, выработка адекватных программ эмоционального реагирования и преодоления стрессовых воздействий на основе интеллектуальной деятельности являются, вне сомнения, функциями тренируемыми и упражняемыми, так же как и физические качества. «Стресс» — в его современном понимании является неизбежным и необходимым, более того — естественным спутником жизнедеятельности человека[1]. Как фактор эволюции стресс, несомненно, внес

[1] В этом плане интересно проследить трансформацию взглядов самого Г. Селье. Если в своих ранних работах он отмечал, что полное освобождение от стресса может быть только после смерти, то в последних работах эта мысль звучит несколько по-иному: «Полная свобода от стресса означает смерть» (1982). Второй существенной особенностью изменения взглядов Г. Селье является весьма неожиданный переход к проблемам, имеющим прямое отношение к психотерапии. Речь идет о сформулированном им «принципе альтруистического эгоизма», изложению которого Г. Селье посвящает всю вторую часть книги «Стресс без дистресса» (1982). Этому принципу, а вернее — кодексу, представляющему собой систему этических ценностей, Г. Селье придает настолько большое значение, что, будучи создателем одной из самых плодотворных теорий XX в., он заявляет: «Я считал бы главным достижением своей жизни, если бы мне удалось рассказать об альтруистическом эгоизме так ясно и убедительно, чтобы сделать его девизом общечеловеческой этики».

свой вклад в развитие и совершенствование адаптационных и регуляторных процессов организма. Его положительные, стимулирующие и «закаливающие» воздействия продолжают играть свою эволюционную роль. Его отрицательные воздействия нуждаются в коррекции.

Одни авторы называют стрессом любые изменения. Другие считают, что никакого стресса не существует, а есть адаптивные реакции, и даже болезнь рассматривают как «стереотипные приспособительные реакции» (И. В. Давыдовский). В связи с этим уместно вспомнить Гете, который писал: «Существует мнение, что между крайними точками зрения лежит истина. Никоим образом! Между ними лежит проблема».

Феномен психологической защиты

Несмотря на огромный перечень и объем работ, посвященных стрессу, эмоциям и эмоциональным переживаниям, по-видимому, следует признать, что вопросы объективной (и даже субъективной) динамики этих переживаний, их изменения во времени и трансформации в сознании индивидуума до настоящего времени практически не исследованы. Эта динамика и ее механизмы не только чрезвычайно трудно поддаются объективному исследованию, но даже при попытке их целенаправленной интроспекции «ускользают» от сознания. Тонко подмеченной L. Chertok особенностью динамики любой эмоциональной реакции является то, что «ускользающими от сознания оказываются при этом не изменения самих переживаний, а порядок, принудительность этих изменений, как бы заранее запрограммированная последовательность и направленность этих сдвигов» (1982). Понятие «психологическая защита», введенное представителями психоаналитического направления, трактуется ими как способность предотвращения грозных клинических последствий конфликта сознания и «бессознательного», осуществляемая посредством «вытеснения», «сублимации», «рационализации», «проекции» и т. п. Однако эти объяснения больше ставят вопросов, чем разрешают.

В ранней концептуальной схеме S. Freud (сознательное — предсознательное — бессознательное) психологическая защита выступает

Основные принципы, на которых основывается кодекс «альтруистического эгоизма», можно свести к двум пунктам: 1) перенос на систему межличностных, межнациональных и межгосударственных отношений тех законов, которые имеют биологическое обоснование (что совершенно неправомерно), и 2) всеобщее принятие тезиса: «Поступай так, чтобы завоевать любовь других людей».

При обосновании этих принципов Г. Селье использует много хорошо известных психотерапевтических понятий, часто подаваемых как откровение («Нельзя рассчитывать, что эмоция всегда подскажет правильный выбор», с. 107; «бороться с угнетающей мыслью о неудаче лучше всего с помощью воспоминания о былых успехах», с. 110; «переключение с одной деятельности на другую — лучший отдых, чем полный покой», с. 106, и т. д.). К сожалению, следует признать, что принцип «альтруистического эгоизма» — это лишь еще одна утопическая попытка решать социальные проблемы на основе биологических методов.

как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. По Фрейду, защитные механизмы врожденны, запускаются в экстремальных ситуациях и выполняют функцию «снятия» внутреннего конфликта. Дочь З. Фрейда, Анна Фрейд, внесла существенные коррективы в эту первоначальную концепцию: в ее интерпретации психологическая защита становится уже не врожденным, а приобретаемым в процессе индивидуального развития структурным компонентом психики; акцентируется направленность психологической защиты, прежде всего, на социогенные конфликты; механизмы и варианты психологической защиты рассматриваются как продукты развития и научения; набор защитных механизмов, в отличие от стереотипных схем S. Freud («Оно» — «Я» — «Сверх-Я»), определяется как глубоко индивидуальная характеристика личности, обусловливающая общий уровень адаптированности.

Важность феномена психологической защиты как одного из существенных компонентов психической деятельности человека в последние годы подчеркивалась в работах Ф. В. Бассина (1968), А. П. Слободяника (1978), В. Е. Рожнова (1979), при этом авторами указывалось на частую несостоятельность психоаналитических концепций. Изучение различных форм и механизмов субклинического реагирования на психическую травму привлекает особое внимание современных исследователей, так как усиление этих механизмов, *согласованность психотерапевтического воздействия с внутренними интрапсихическими закономерностями трансформации аффективных переживаний, вне сомнения, способствовали бы существенному повышению эффективности лечебного воздействия.*

Некоторые авторы отмечают, что «...начало самых разных патологических процессов бывает связано с предварительным распадом «психологической защиты», как бы открывающим дорогу более грубым, структурно и функционально, физиологическим и биохимическим факторам патогенеза», вплоть до «...процессов грубо органической модальности, в частности инсульта» [Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А., 1979]. В этой связи усиление и тренировка механизмов психологической защиты составляют одну из наиболее актуальных задач профилактической и клинической психотерапии.

Отличительной особенностью практически всех установленных форм психологической защиты является их неосознаваемость. Не осознается потребность, как отмечает L. Chertok (1982), «в срочном снижении» после полученной психической травмы «значимости психотравмирующего фактора». Так же точно не осознается снижение уровня притязаний, возникающее вслед за сужением возможностей для его реализации. К специфическим проявлениям феномена психологической защиты можно отнести в разной степени, но всегда имеющую место проекцию вины во вне, даже в случаях, когда причиной аффективных переживаний является сам пострадавший; «отчуждение» переживаний, выражающееся в потребности рассказа о них другому лицу или

реализуемое посредством художественного творчества (поэзия, живопись, сценическое искусство и т. п.); неосознаваемая смена установок и мотиваций, при которой противоречия, являвшиеся следствием первоначальных стремлений, устраняются (в качестве простых примеров могут служить такие самооправдания, как, например: «Опоздал в кино, ну и ладно, зато сумею лучше подготовиться к зачету»); способность к самопоощрению и самопрощению; забывание и некоторые другие.

Говоря о забывании как форме проявления психологической защиты, следует отметить, что это одна из наименее изученных психических функций. Несмотря на огромное количество литературы, посвященной оперативной, долговременной, ассоциативной, вербальной, образной, эмоциональной и т. п. памяти, мы по-прежнему практически ничего не знаем о забывании. Существует масса психологических способов и психофармакологических препаратов для стимуляции памяти. И в то же время современная психотерапия располагает очень скудным набором методов, позволяющих целенаправленно влиять на забывание, которое даже в последних монографиях не включается в определение функциональной системы памяти, характеризуемой авторами лишь как «процесс… запечатления, хранения и извлечения поступающей информации» или как «свойство живой системы хранить след от воспринятого раздражения»[1].

В настоящее время абсолютно точно установленным является лишь факт, что эмоционально окрашенные, особенно отрицательные, впечатления и аффекты чрезвычайно плохо забываются, надолго «застревают» в сознании, тем самым часто причиняя невыносимые страдания пациентам. В то же время следует отметить, что забывание как один из компонентов психологической защиты тесно связано и может целенаправленно стимулироваться посредством ауто- и гетеровоздействия на другие компоненты (отчуждение, проекция вины, самопрощение и т. д.). Более подробно эти вопросы будут изложены в разделе «Аутогенная терапия памяти».

К препатологическим изменениям в функциональной системе психологической защиты, кроме уже рассмотренных расстройств процесса забывания, следует отнести неадекватное преувеличение роли и значения психотравмирующих факторов, склонность к самобичеванию, конфликтность, эмоциональный аутизм, эмоциональную гиперреактивность, а также понижение лабильности («бескомпромиссность») доминирующих установок, особенно в случае одновременного присутствия некорригируемого с учетом объективной реальности уровня притязаний. Нередко следствием хронических нарушений в системе психологической зашиты являются выраженные социопатические или невротические изменения характера, формируется «защитный стиль жизни» [Соколова Е. Т., 1980]. Человек становится холодным, жестоким, циничным.

---

[1] *Громова Е. А.* Эмоциональная память и ее механизмы. — М.: Наука, 1980, с. 179.

Одной из форм психологической защиты, реализуемой на поведенческом уровне, являются феномены «избегания» (некоторых тем, имеющих эмоционально-личностное значение; ситуаций, книг, фильмов и т. п.) и «ухода» (из семьи, профессиональной или возрастной группы). Житейское понятие «избегать трудностей» часто обусловлено не столько стремлением к «легкой жизни», сколько неспособностью к адекватной психологической адаптации к изменяющимся условиям общения, обитания или деятельности. Многие феномены психологической защиты проявляются в рамках высшей формы социальной регуляции — нравственной регуляции, реализуемой либо в виде молчаливого осуждения или одобрения, либо в виде активной защиты.

Таким образом, психологическая защита может реализоваться на трех уровнях: физиологическом (преднастроечные реакции в анализаторных системах при воздействии эмоционально значимых стимулов); психологическом (феномен «срочного снижения значимости психической травмы» и др.); социальном (поведенческий уровень). *Каждый из названных уровней представляет собой функциональную систему, т.е. систему регулируемую, независимо от того, является ли ее деятельность актуально осознаваемой или нет.* Одним из критериев состояния и уровня развития, выраженности индивидуальной психологической защиты, по нашему мнению, является способность длительно выдерживать внешние или внутренние противоречия и конфликты, которые в этом случае не вызывают выраженных отклонений в нервно-эмоциональной сфере.

В ряде исследований было показано, что способность к «защитной» психической деятельности или, как пишет В. Е. Рожнов (1979), способность к «защитной трансформации психологических установок» является весьма индивидуальной [Рожнов В. Е., Бурно М. Е., 1976; Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А., 1979]. Если у одних людей психическая (защитная) переработка старых и формирование новых психологических установок начинается сразу же при встрече с малейшим препятствием, минимальной психотравмой, то другие часто оказываются неспособными к адекватной психологической защите даже в тех случаях, когда адаптивная смена установок является необходимой для предотвращения «грозной клинической перспективы». Конечно же можно, как это предлагают В. Е. Рожнов и М. Е. Бурно (1976), использовать гипноз как способ восстановления психологической защиты. Однако разница между тем, что дают в этих случаях гипноз и аутогенная тренировка, аналогична различиям между эффектом антибактериальной терапии при конкретной инфекционной патологии и профилактическим формированием иммунитета к группе патогенных возбудителей.

Человек — существо глубоко социальное, и желание жить в мире с окружающим его миром составляет неотторжимое качество нормально функционирующей психики. В неменьшей степени человек испытывает потребность жить в мире и согласии с самим собой, сохранять и постоянно поддерживать «гомеостатическое состояние психики» как основу нормальной жизнедеятельности и оптимальной социальной

адаптации. Именно этой цели служит нейропсихологический феномен психологической защиты. *Исходя из того, что, несмотря на неосознаваемость, психологическая защита является активным, в значительной степени формирующимся в процессе онтогенеза психическим феноменом и определяется индивидуальными характеристиками личности, воздействуя на эти индивидуальные характеристики, можно целенаправленно тренировать и усиливать ее механизмы.* Рекомендуемые нами (см. гл. 6) методы психологической десенсибилизации, отвлечения и некоторые другие, реализуемые на базе аутогенной тренировки, имеют именно такую направленность.

В отечественной психологии и психотерапии понятие «психологическая защита» очень часто связывается с понятием «психическая травма». Однако последнюю неправильно характеризовать лишь как внешний «повреждающий» фактор. Наши видные психологи и психотерапевты В. Н. Мясищев, Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов и др. неоднократно подчеркивали, что степень патогенного действия психотравмы зависит от внутреннего отношения личности к вызвавшей ее причине. В связи с этим мы предпочитаем пользоваться понятием «психическая рана», которая, как показывает клинический опыт, имеет многие черты, сходные с соматическим раневым процессом и может осложняться, метафорически говоря, «инфицироваться», заживать «первичным» или «вторичным» натяжением, в последнем случае часто образуя «деформирующие» личность рубцы. Существует, по нашему мнению, крайне ошибочное предположение, что каждый человек, именуемый в этом случае «сильной личностью», должен быть способен к самостоятельному преодолению любой кризисной ситуации. Увы, это далеко не так, и, по-видимому, продолжая уже использованный ряд аналогий, можно в отдельных случаях говорить о психической травме, несовместимой с жизнью, развивающейся как остро, так и при суммации длительно воздействующих отрицательных психосоциальных стимулов. Характерно, что последний вариант «психической раны» развивается, как правило, именно у «сильных личностей», приобретая характер психических или психосоматических кризов (инфаркт, инсульт и т. д.). Еще W. Osler отмечал, что «типичный коронарный пациент является не чувствительным невротиком», а «крепким, энергичным умственно и физически, резким и честолюбивым человеком, показателем энергии которого является стремление всегда на полной скорости вперед». Это еще раз подчеркивает необходимость самого широкого внедрения профилактических методов индивидуальной психогигиены, психотерапии и психокоррекции у здоровых людей и дальнейшего развития системы социально-психологической помощи населению, примером которой является телефонная «служба доверия».

Как справедливо отмечает Р. А. Зачепицкий (1980), выдвинутые психоанализом приемы психологической защиты, такие как вытеснение из области сознания неприемлемых для личности тягостных представлений, рационализация, проекция и др., представляют собой пассивную форму защиты путем ухода от реальной действительности. Она приоб-

ретает порой патологические формы. Автор напоминает, что пассивная позиция пациента приводит нередко к фиксации его в роли больного. Но существуют и активные формы защиты — борьба организма и личности, направленная на предотвращение болезни или ее преодоление. Пониманию большого значения такой активности способствовали во многом исследования Н. А. Бернштейна, П. К. Анохина, П. В. Симонова и др., заложивших основы физиологии активности. В. С. Ротенберг и В. А. Аршавский (1979) на основании экспериментальных исследований и клинических наблюдений показали позитивную роль активности организма в предупреждении и купировании ряда патологических состояний, а также отрицательное действие пассивности как неспецифической предпосылки развития разнообразной патологии у животных и человека. С этими выводами перекликаются и работы американского исследователя W. Green, предложившего понятие «coping», означающее способность сохранять психологическую и физиологическую устойчивость вопреки отрицательным эмоциям. Все эти данные подкрепляют значение выдвинутого М. М. Кабановым (1978) принципа активного соучастия больного в процессе лечебно-восстановительной работы как важной предпосылки его успешной реабилитации.

Нейрофизиологические эффекты тренированной мышечной релаксации

В современных работах, обосновывая нейрофизиологические эффекты релаксации, большинство авторов опираются на учение И. П. Павлова и вскрытые им механизмы словесного воздействия на физиологические функции. *Словесный сигнал или образ, вызванный словесным сигналом, ведет при систематическом повторении в процессе аутогенной тренировки к образованию условных кортико-висцеральных* (*вербально-висцеральных*) *реакций и реализации желаемых сдвигов.* Существенное значение при этом имеет установленная в ряде исследований связь функционального состояния ЦНС с тонусом поперечнополосатой и гладкой мускулатуры.

Тренированная мышечная релаксация, которая является не только пусковым механизмом, но и базисным элементом во всей системе аутогенной тренировки [Лобзин В. С., 1975], сопровождается ослаблением тонуса поперечнополосатой и гладкой мускулатуры и снижением эмоциональной напряженности. Во время релаксации даже без целенаправленного воздействия наступает некоторое снижение артериального давления; на 6—8 ударов в минуту замедляется частота сердечных сокращений, которая является одним из наиболее информативных показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и нервно-вегетативной регуляции [Загрядский В. П., Сулимо-Самуйлло З. К., 1976]; дыхание становится более редким и поверхностным. При длительном применении метода с помощью специальных

упражнений постепенно приобретаются навыки целенаправленного (волевого) управления деятельностью сердца. А. М. Свядощ (1982) описывает опыты, при которых один из его сотрудников, занимающийся аутогенной тренировкой, научился путем самовнушения на фоне релаксации произвольно ускорять частоту сердечных сокращений с 68 до 144 в минуту и по желанию замедлять ее до 46 в минуту. На ЭКГ, по данным P. Polzien, в состоянии релаксации у здоровых людей наблюдается снижение или повышение зубца ST и увеличение зубца T.

Под влиянием релаксации существенно повышается самовнушаемость, что было убедительно показано в опытах А. М. Свядоща и А. С. Ромена. Если у людей, никогда не применявших аутогенную тренировку, объективная реализация самовнушения тепла в правой руке наступает лишь в 3 % случаев, то уже через 3 нед. систематических занятий в группе аутотренинга произвольное повышение температуры кисти на 0,9—4°С становится доступным для 80 %. В этих же опытах была показана возможность произвольного понижения локальной температуры тела на 0,5—2°С. Аналогичные результаты были получены в свое время I. Schultz. Позднее P. Polzien было показано, что при достижении состояния релаксации одновременно с изменениями на ЭЭГ происходит снижение ректальной температуры на 0,8°С (рис. 1). Этот симптом использовался автором для контроля эффективности занятий и позволил ему сделать заключение, что «пациенты с глубокими неврозами не могут добиться состояния переключения даже после многих месяцев тренировки». H. Kleinsorge и G. Klumbies на Германском конгрессе терапевтов в Висбадене демонстрировали пациентов, которые произвольно вызывали повышение кожной температуры на 5—7°С. Специфические изменения температуры кожи и кожно-гальванической реакции в процессе выполнения аутогенных упражнений позволили рекомендовать эти показатели в качестве объективного контроля эффективности усвоения аутогенных упражнений (рис. 2).

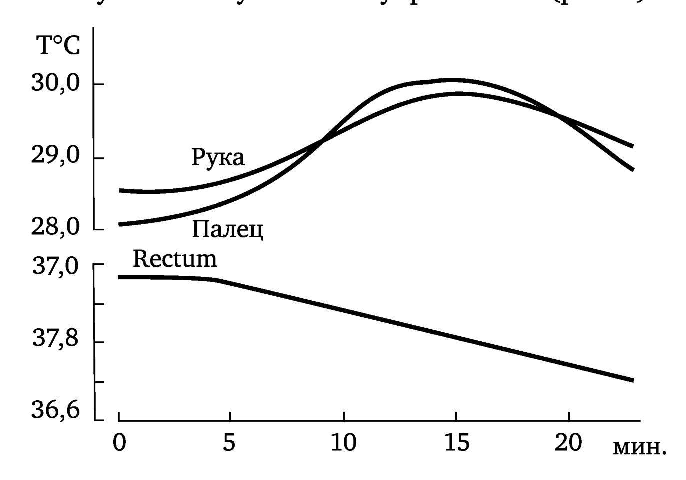

Рис. 1. **Изменение кожной и ректальной температуры при выполнении первого стандартного упражнения (по P. Po1zien)**

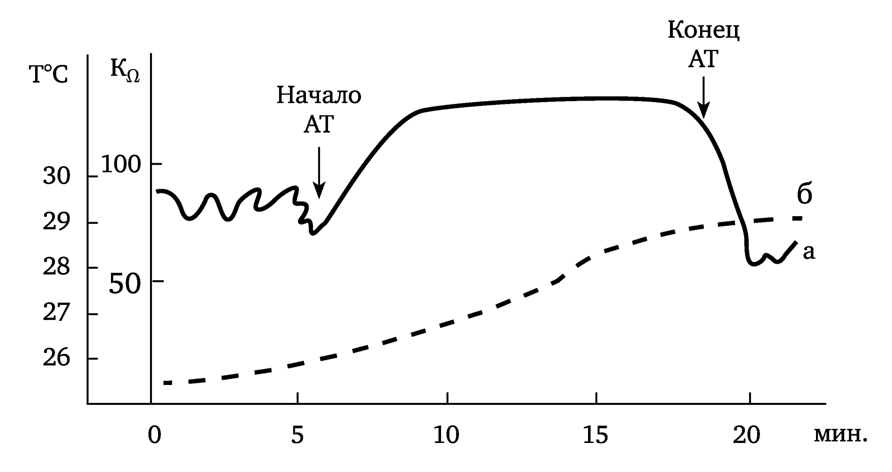

Рис. 2. **Изменение кожно-гальванической реакции (а) и температуры кожи (б) в процессе аутотренинга (по W. Luthe)**

Наши наблюдения показали, что под влиянием релаксации снижается перистальтическая активность желудочно-кишечного тракта, что одновременно способствует редукции болевых ощущений. При сочетании релаксации с внушением тепла в области желудка японские авторы Y. Ikemi, S. Nakagawa, M. Kimura наблюдали повышение температуры кожи живота на 2°С, увеличение кровотока в стенке желудка и усиление его моторики. Y. Ischida в опытах с выполнением аутогенных упражнений в процессе зондирования желудка было установлено, что при аутогенном расслаблении снижается кислотность желудочного сока (рис. 3).

Электрографические исследования изменений, наступающих под влиянием мышечной релаксации, показали нормализующее влияние расслабления мышц на моторную функцию желудка. Аналогичные сведения о терапевтическом действии релаксации при дискинезиях желудка, по данным электрогастрографии (рис. 4), приводят А. Г. Панов и соавт. Генерализация эффекта релаксации с поперечнополосатой мускулатуры на гладкие мышцы объясняет многие другие позитивные сдвиги, наблюдаемые в клинических условиях при спазме гортани, пищевода, мочевыводящих путей, спастических колитах, а также изменениях в коронарной сосудистой системе. В упомянутом опыте одного из сотрудников А. М. Свядоща при вызывании яркого образного представления спазма сосудов сердца («коронарные сосуды сжались, участок сердца побелел») тут же на фоне полного здоровья впервые в жизни развился приступ стенокардии, который был самостоятельно купирован представлением тепла в области сердца и в дальнейшем больше не повторялся.

Наши собственные наблюдения за лицами со склонностью к артериальной гипертензии показали, что под влиянием аутогенной тренировки в первую очередь снижается или нормализуется систолическое

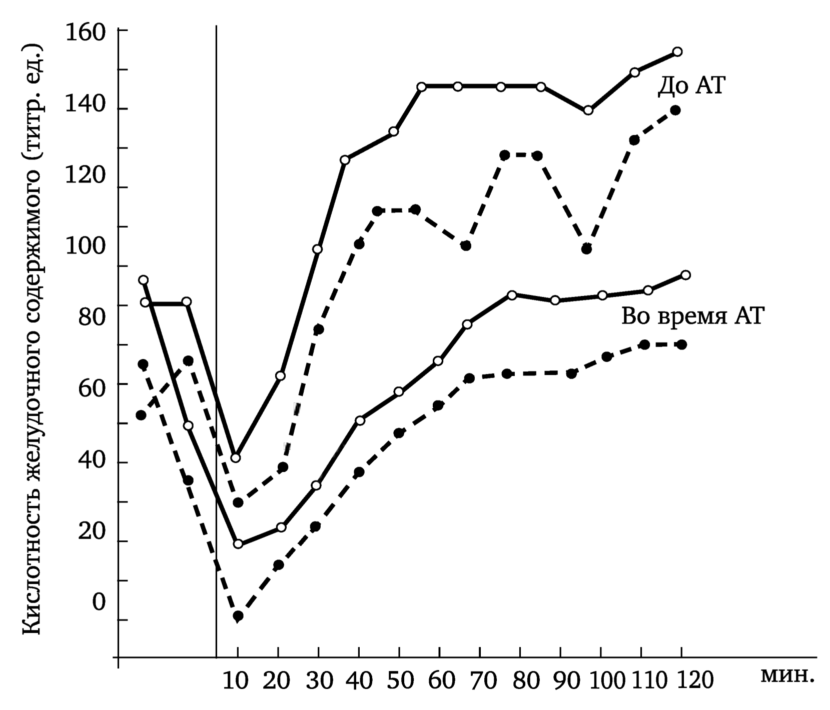

Рис. 3. **Динамика желудочной секреции в процессе зондирования до и после 4-недельного применения аутогенной тренировки (во время зондирования пациент, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и туберкулезом, выполнял аутогенные упражнения) (по Y. Ischida):**

——— общ. кислотность; – – – – своб. кислотность

Рис. 4. **Влияние аутогенной тренировки на гладкую мускулатуру желудка по данным электрогастрографии:**

1 — гастрограмма здорового человека; 2 — гастрограмма больного гастритом с дискинезией желудка; 3 — гастрограмма на фоне состояния релаксации; 4 — гастрограмма при самовнушении ощущения тепла в области желудка; 5 — гастрограмма при самовнушении ощущения холода в области желудка

давление (рис. 5). Нормализация (повышение) систолического давления отмечалась также и у лиц со склонностью к артериальной гипотонии. Разнонаправленность отмеченных эффектов позволяет сделать вывод, что в их основе лежит воздействие на баланс симпато-парасимпатических механизмов регуляции сосудистого тонуса, реализуемое на уровне корковых центров автономной нервной системы.

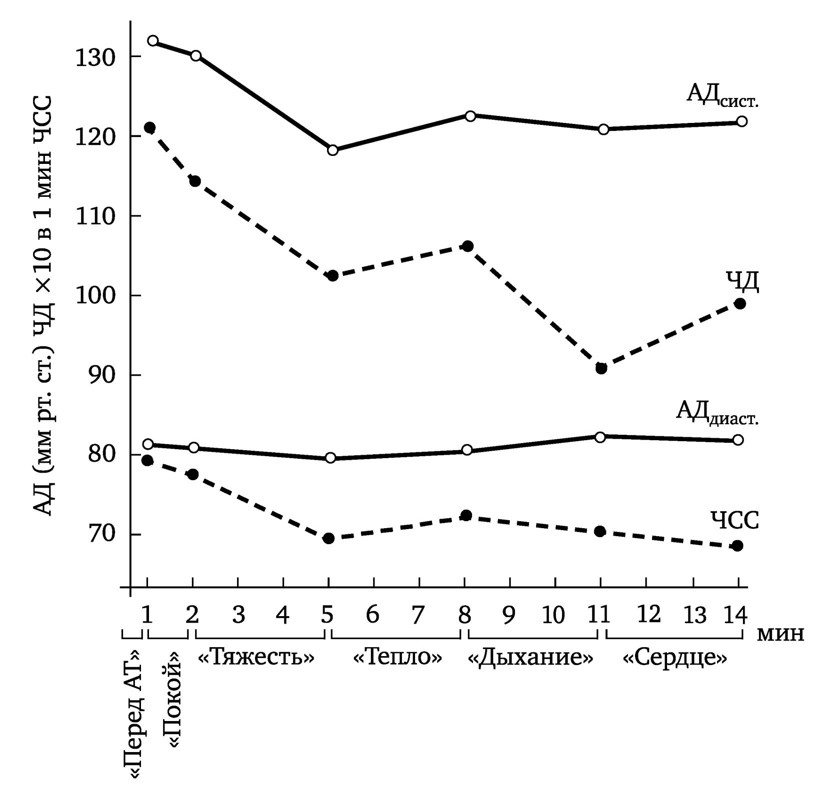

Рис. 5. **Динамика показателей артериального давления (АД), частоты дыхания (ЧД) и сердечных сокращений (ЧСС) в процессе выполнения базисных упражнений аутогенной тренировки в группе 10 практически здоровых лиц, склонных к артериальной гипертензии (в период окончания обучающего курса)**

Наши исследования электроэнцефалографических изменений у больных неврозами во время сеансов аутогенной тренировки показали, что по сравнению с фоновыми данными в первой фазе сеанса аутотренинга (релаксация) наблюдается замедление альфа-ритма и появление медленных тета-волн, преимущественно в передних отделах головного мозга (лобные, лобно-теменные и височные отведения). Во второй фазе, при переходе к активному самовнушению, медленных волн становится меньше, и основной фон составляет хорошо выраженный альфа-ритм (индекс альфа-ритма увеличивается). Такая фазность биоэлектрической активности прослеживалась у 75 % больных. Это

позволило заключить, что первая фаза аутогенной тренировки проявляется снижением корковой активности и характеризуется преобладанием тормозных процессов в коре больших полушарий. Во второй фазе регистрируемые на ЭЭГ процессы свидетельствуют о концентрации внимания, состоянии бодрствования и активной корковой деятельности (чего не наблюдается при гипнотическом внушении). Нейропсихологические корреляты отмеченных явлений выражались в двух совершенно четко разграничиваемых больными состояниях. Вначале, во время мышечного расслабления, появляется ощущение тяжести во всем теле, которое затем сменяется чувством легкости, «невесомости», «парения в воздухе».

Проведенные А. И. Скрыпниковым (1982) на высоком методическом и техническом уровне исследования ЭЭГ-коррелятов различных фаз аутогенного состояния у здоровых людей показали, что в первую фазу, по сравнению с исходным уровнем, повышается активность бета-ритма, которая достигает наибольшей выраженности к 8—14-й минуте, увеличиваясь на 100—140 % по отношению к фону. Увеличение энергии альфа-ритма начинается примерно на 8-й минуте сеанса аутогенной тренировки и достигает максимума (150 %) к 16-й минуте. Энергия медленной составляющей ЭЭГ (дельта- и тета-ритмы) в процессе сеанса снижается и после завершения аутотренинга составляет соответственно 37 и 86 % от фонового уровня. Это позволило автору сделать заключение, что уже при выполнении релаксирующих упражнений достигается активирующее воздействие на ЦНС, усиливающееся при аутогенной стимуляции к концу сеанса.

Сходные данные были получены и в ряде других исследований. К. Шипошем (1980) было показано, что в процессе аутогенной тренировки выявляется тенденция к синхронизации ритмов в области доминантного полушария и относительная активация субдоминантного: полушария, что не наблюдается во время дремоты или естественного сна. Эти данные еще раз указывают на качественные отличия аутогенного состояния от других фазовых состояний (сон, гипноз).

Релаксация оказывает нормализующее влияние на основной обмен и насыщение крови кислородом [Решетников М. М., 1981], обмен йода и холестерина (рис. 6). Содержание кортизона в сыворотке крови в состоянии релаксации несколько снижается [Рожнов В. Е., 1979]. Плетизмографические исследования показали, что в состоянии релаксации при вызывании ощущений тепла объем циркулирующей крови увеличивается [Sapir M. et at, 1975], объективно констатируются изменения лейкоцитарной формулы и содержания сахара в крови. Результаты исследований С. Drunkenmolle, M. Bartusch, которые приводит G. Klumbies (1983), показали, что во время «тепловых упражнений» наблюдаются уменьшение общего периферического сопротивления сосудистого русла и усиление кровообращения в правой руке в среднем у 62 % пациентов (методом веноплетизмографии). H. Prill, применявший аутогенную тренировку в гинекологической практике, отмечает

нормализацию овариальных функций при дисменорее и вторичной аменорее. Под влиянием аутогенной тренировки снижается и уровень холестерина (рис. 7). Многочисленные физиологические эффекты релаксации, усиливающиеся при целенаправленном самовнушении, определяют широкий спектр показаний к применению метода в клинической практике.

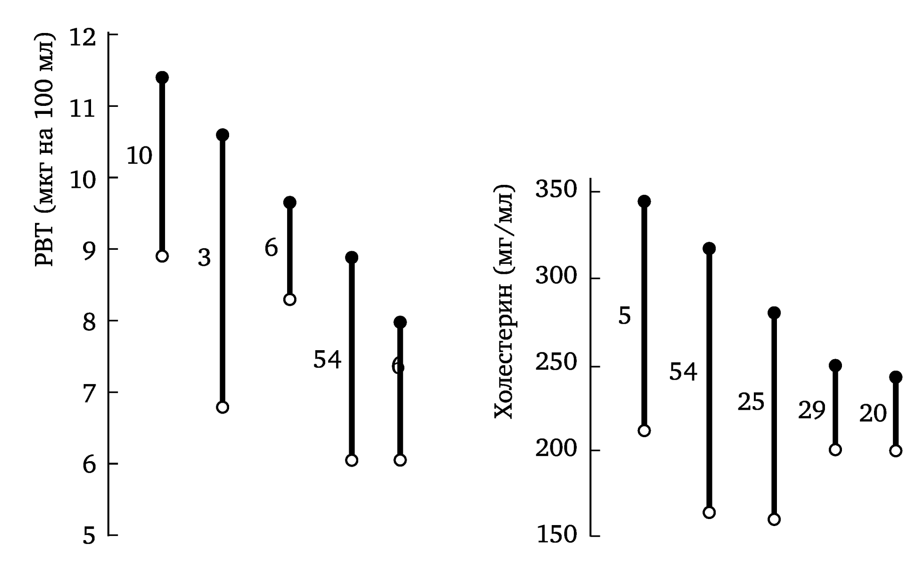

Рис. 6. **Динамика уровня белково-связанного йода (PBT) при аутогенной терапии (по I. Schultz и W. Luthe):**

Приведены данные о 5 случаях изолированного применения аутогенной тренировки. Цифрами слева от прямых указаны периоды (в неделях) применения аутогенной тренировки. Вертикальные линии обозначают снижение уровня PBT (сверху вниз).

Рис. 7. **Снижение уровня холестерина под влиянием аутогенных упражнений (по Schultz и W. Luthe):**

Приведены данные о 5 случаях изолированного применения аутогенной тренировки. Цифрами слева от прямых указаны периоды (в неделях) применения аутогенной тренировки. Вертикальные линии обозначают снижение уровня холестерина (сверху вниз).

За последние годы физиология и патофизиология нервной системы существенно пополнились сведениями о структурах и функциях глубинных отделов мозга. Успехи современной электроники и стереотаксической техники предоставили новые возможности для изучения и раскрытия структурно-функциональной организации целого ряда образований центральной нервной системы. В частности, были установлены тесные функциональные и структурные связи неокортекса с гипоталамо-лимбической системой и ретикулярной формацией, а также уточнены представления о передаче нервного импульса от рецепторов до корковых клеток. Было показано, что одновременно с нервным процессом, имеющим залповый, линейный характер, с передачей импульсов

по классическим лемнисковым системам, постоянно протекают циклические процессы с вовлечением нейронных «кругов» на разных уровнях регуляции за счет многочисленных коллатералей, связывающих специфические системы с экстралемнисковыми (неспецифическими). Это сочетание залповой и циклической составляющих нервного процесса может рассматриваться как одно из основных проявлений корковых механизмов саморегуляции, обеспечивающих непрерывную адаптацию к быстро изменяющимся фазным раздражителям различной модальности, а также к длительной постоянной импульсации.

Введенное вначале в кибернетике, понятие прямой и обратной связи нашло многочисленные подтверждения в нейрофизиологии. Было установлено существование постоянной «кольцевой» связи между афферентацией, рецепцией и моторикой, а в самой рецепции были разграничены информационные, осуществляемые по лемнисковым системам и стресс-мобилизующие функции, связанные с экстралемнисковыми системами. *Таким образом, в каждом движении присутствует в качестве обязательного элемента рецепция, а каждый рецепторный акт имеет и моторный компонент. С этой точки зрения, релаксация представляется как весьма специфический процесс, при котором существенно изменяются соотношения рецепции и моторики, а также отражение последних в сознании.* Если в обычных условиях жизни и деятельности моторные акты осуществляются при минимуме рецепции (ее сознательного отражения), то в процессе систематических упражнений в мышечной релаксации целенаправленно тренируется рецептивный компонент при минимизации роли моторного.

Важным открытием современной нейрофизиологии явилось определение неспецифического активирующего влияния ретикулярной формации ствола мозга на кору больших полушарий (G. Moruzzi, H. Magoun). В частности, в опытах на животных было показано, что при раздражении ретикулярной формации во время естественного сна (через вживленные электроды) возникает быстрое пробуждение. Одновременно на электроэнцефалограмме беспорядочные синхронизированные «сонные» колебания сменялись активным, десинхронизированным ритмом, также свидетельствующим о переходе к состоянию бодрствования. Эта реакция генерализованного пробуждения проявлялась при раздражении центральной части ретикулярной формации. При стимуляции ростральных отделов ретикулярной формации с неспецифическими ядрами таламуса и диффузной таламокортикальной системой у бодрствующего животного возникала реакция настороженности, обостренного восприятия и внимания (Д. Линдсли). Раздражение бульбарного отдела ретикулярной формации приводило к «глобальному» торможению или «облегчению» спинномозговых моторных разрядов. Одновременно были найдены корковые зоны (4S), стимуляция которых вызывала снижение мышечного тонуса, а также путь из зоны 4S к ретикулярной формации продолговатого мозга. *Принимая все раздражения от экстеро- и интерорецепторов (при этом самым обширным рецеп-*

тивным полем, как известно, является мышечная система), ретикулярная формация не только осуществляет их переработку, но и специфически активирует кору в зависимости от характера поступающих раздражений. Участвуя в процессах регуляции уровня бодрствования, ретикулярная формация имеет самые непосредственные связи с так называемым «висцеральным мозгом», интегрирующим раздражения от органов чувств и внутренней среды организма, которые в значительной степени определяют такие психические феномены, как состояние и самочувствие.

В последующем, кроме активирующего влияния ретикулярной формации, при повреждении последней были описаны акинезы, сонливость, угнетенное состояние сознания. Наряду с влиянием ретикулярной формации на корковые функции было установлено наличие кортико-фугальных волокон, идущих из лобных отделов, поясной извилины, сенсомоторной коры и некоторых других ее областей к ретикулярной формации. С помощью электрофизиологических исследований было показано, что проведение импульсов по восходящим путям ретикулярной формации может быть заторможено или облегчено возбуждением вышеуказанных участков коры. *Таким образом, корковая, в том числе и сознательная, деятельность может оказывать определенное влияние на активационно-регуляционные механизмы субкортикальных структур, обеспечивающих ее же* (*коры*) *функционирование.*

Интенсивное изучение глубоких структур мозга позволило существенно расширить представления об анатомо-физиологическом субстрате эмоций. В экспериментах на «таламических» и «гипоталамических» (декортицированных) животных было показано, что моторное выражение эмоций может осуществляться и при отсутствии новой коры, однако, естественно, что при этом не возникает интеграции эмоций в целостный поведенческий акт и нет эмоциональных ощущений. В последующем изложенные факты были подтверждены клиническими наблюдениями над больными с поражением лобных долей. Эти наблюдения в значительной степени способствовали уточнению представлений о роли таламуса и гипоталамуса в эмоциональном поведении человека. Оказалось, что возникновение эмоциональных ощущений, выражение и регуляция их проявлений осуществляются за счет взаимодействия новой коры с гипоталамусом, лимбической и ретикулярной системами, связи которых лежат в основе центрального нервного субстрата эмоций [Гельмгорн Э., Луфборроу Дж.]. Особую роль гипоталамуса в механизмах осуществления эмоционального поведения подчеркивал и P. MacLean, сравнивая его с «водителем» (гипоталамус и обонятельный мозг) нервного «шасси» (спинной мозг и ствол), который выбирает возможные направления поведения в целом. *Сложившиеся в процессе эволюции тесные связи обонятельного мозга с двигательной, вегетативно-висцеральной, эндокринной и эмоциональной системами* (J. Papez), *с учетом общих принципов организации регуляторной деятельности коры головного мозга* (*через системы прямых и обратных связей*), *позволяет*

предполагать, что воздействие на одну из названных систем, например двигательную, неизбежно должно вызывать определенные изменения и в функционировании остальных. В свете последних достижений нейрофизиологии стало более понятным влияние мышечного расслабления на функции центральной и периферической нервной системы. Состояние релаксации вызывает снижение реактивности гипоталамуса, а следовательно, и эмоциональную возбудимость. И наоборот, снижение уровня центрального возбуждения в результате психотерапевтического (вербального, рационального) воздействия ведет к уменьшению нисходящих корково-гипоталамо-соматических разрядов в системе обратной связи. *Независимо от того, вызвано ли расслабление скелетной мускулатуры физиологическим, физиотерапевтическим, фармакологическим или психотерапевтическим воздействием, оно сопровождается снижением эмоциональной реактивности и ослаблением невротической симптоматики.* Однако если физиологическое, физиотерапевтическое, фармакологическое и большинство видов психотерапевтического воздействия, оказывая существенное влияние на корковые и психические функции, реализуют свой терапевтический эффект при пассивном участии сознания, *аутогенная тренировка предполагает активное вовлечение сознания в терапевтический процесс и осуществляется именно на основе активного сознания.* Другими словами, аутогенная тренировка направлена на максимальное использование и стимуляцию резервных возможностей интегративной деятельности коры головного мозга на основе перестройки субординационных нервно-регуляторных корково-подкорково-спинальных механизмов.

Нейропсихологические эффекты комплекса упражнений аутогенной тренировки

Основные нейропсихологические эффекты аутогенной тренировки связаны с развитием способности к образным представлениям, улучшением функции памяти, повышением аутовнушаемости, усилением рефлексивной способности сознания, возможностей саморегуляции произвольных функций и формированием навыков к сознательному управлению некоторыми непроизвольными психическими и физиологическими функциями. Особенно демонстративным является влияние аутогенной тренировки на память. Так, в описываемых I. Schultz опытах испытуемые полностью вспоминали стихотворения, которые они учили в раннем детстве, хотя до усвоения аутогенной тренировки не могли вспомнить более 1—2 строчек. Интересные результаты были получены в опытах Э. Г. Рейдер и С. С. Либиха, которые предъявляли испытуемой (обученной аутогенной тренировке) и контрольной группам учащихся запись текста на неизвестном им иностранном языке. При этом ни один из учащихся контрольной группы не смог воспроизвести ничего из прослушанного текста, в то время как в группе испы-

туемых 93 % учащихся смогли повторить две строчки. Повышение на 20—30 % способности к запоминанию иностранных слов под влиянием аутогенной тренировки и другие эффекты гипермнезии отмечали также Л. М. Ицигсон, А. С. Ромен и А. М. Свядощ (1982). В наших опытах с использованием идеомоторных упражнений на базе аутогенной тренировки было показано позитивное влияние аутотренинга на функцию моторной памяти [Решетников М. М., 1978; Лобзин В. С. и др., 1982], что существенно повышало эффективность освоения сложных видов сенсомоторной деятельности.

А. М. Свядощ и А. С. Ромен с помощью аутогенной тренировки обучали пациентов целенаправленно вызывать у себя гипнотическое состояние с эффектами глоссолалии (автоматической речи) и автоматического письма. О возможности достижения в состоянии аутогенного погружения общей каталепсии с восковой гибкостью и каталептическим мостом неоднократно сообщалось различными авторами.

Наблюдения А. М. Свядоща и Ю. Б. Шумилова над 180 здоровыми людьми показали, что обучение аутогенной тренировке позволило на 50 % повысить скорость сенсомоторного реагирования; при этом улучшилась способность к концентрации внимания, в связи с чем значительно уменьшалось число ошибок (более чем на 60 %) и повышалась производительность деятельности (на 49 %) при выполнении заданий, требующих высокой устойчивости внимания.

Проведенные нами наблюдения и исследования с помощью адаптированной методики MMPI (СМИЛ) показали, что аутогенная тренировка способствует повышению эмоциональной устойчивости, стабилизации настроения и поведенческих реакций, нормализации сна, снижению тревожности, внутренней напряженности, развитию уверенности в себе, улучшению социальной адаптации и общительности (рис. 8), а также способности к психофизиологической мобилизации резервных возможностей организма и личности [Решетников М. М., 1981; Лобзин и др., 1982].

Приведенные данные подтверждались результатами психологического обследования с использованием 16-факторного личностного опросника Кеттела, которые также свидетельствовали о том, что под влиянием аутогенной тренировки повышается эмоциональная устойчивость, способность к психофизиологической мобилизации, снижается тревожность (рис. 9).

Овладев аутогенной тренировкой, можно научиться просыпаться в строго заданное время, выработать «сторожевой пункт», позволяющий воспринимать речевые сообщения во время естественного сна [Свядощ А. М., 1982], целенаправленно вызывать глубокую анестезию в различных частях тела, позволяющую в некоторых случаях даже проводить оперативные вмешательства без дополнительного обезболивания.

Краткосрочный отдых (5—10 мин) в состоянии аутогенного расслабления, как показали исследования, ведет к быстрому восстановлению сил и снижает развитие утомления при значительных физических

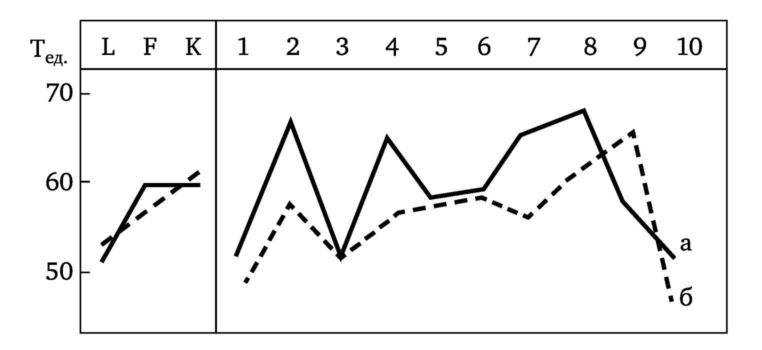

Рис. 8. **Усредненные профили СМИЛ до (а) и после (б) освоения аутогенной тренировки (группа из 117 здоровых лиц — собственные наблюдения):**

L, F, К — оценочные шкалы; 1 —10 — основные шкалы; 1 — Ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — психопатии, 5 — мужественности — женственности, 6 — паранойи, 7 — психастении, 8 — шизофрении, 9 — гипомании, 10 — социальной интроверсии

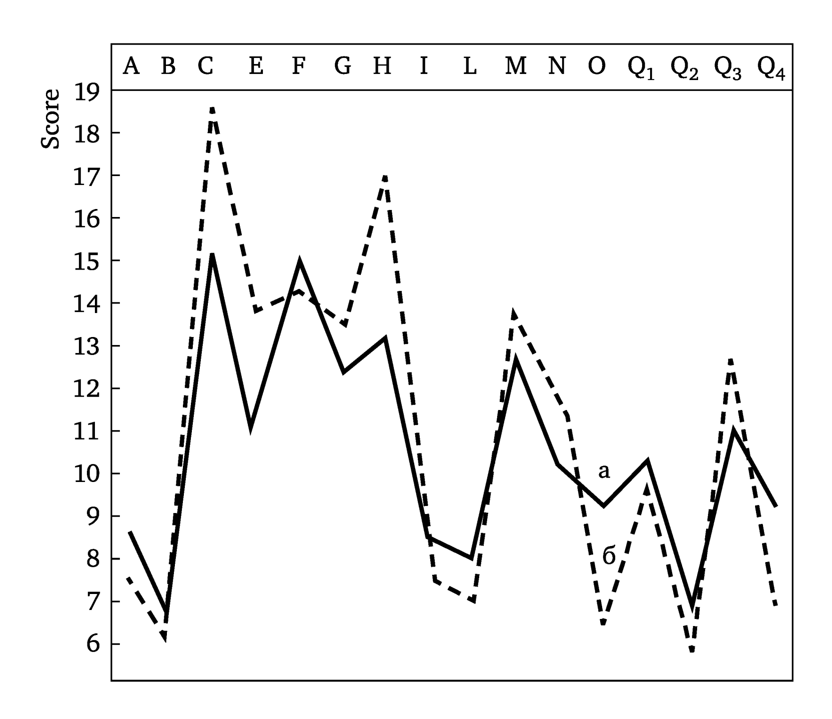

Рис. 9. **Усредненные результаты обследования с помощью 16-факторного личностного опросника до (а) и после (б) освоения аутогенной тренировки (117 здоровых лиц, собственные наблюдения):**

Числами обозначены «сырые очки» (Score), буквами — факторы. Наиболее выраженные позитивные сдвиги под влиянием аутогенной тренировки отмечаются по факторам С («эмоциональная устойчивость»). Н («способность к психофизиологической мобилизации»). О («тревожность»).

нагрузках. Возникающие при аутогенной релаксации эффекты тяжести, сменяющиеся ощущением невесомости тела, «парения», позволяют активно применять метод при моделировании деятельности человека в условиях гипер- и гиповесомости [Гримак Л. П., 1978]. При этом, как показали наши исследования [Решетников М. М., 1981], яркость и выраженность субъективных ощущений связана как со степенью освоения аутогенной тренировки, так я с прошлой повторяемостью моделируемого состояния или «знакомостью» с ним. Другие многочисленные психологические эффекты аутогенной тренировки будут более подробно излоожены в последующих главах, при описании модификаций специальных приемов и методов аутогенного воздействия.

Заканчивая изложение механизмов аутогенной тренировки в главе «Лечение неврозов», А. М. Свядощ (1982) задается вопросом: «Чем же объяснить силу оказываемого воздействия? Почему самовнушение стало вызывать у здоровых лиц такие явления, которые до этого не вызывало?». На этот вопрос пока нет однозначного ответа. *В эволюционном аспекте формирование высших психических функций человеческого разума, реализующих преимущественно внешние коммуникативные и регуляторные функции, не могло не привести к изменению структурных и функциональных связей внутренней, гомеостатической регуляции.* В то же время и внешние, и внутренние функции — есть работа все той же (одной и той же) нервной ткани. Высказываемое некоторыми авторами [Кесарев В. С., 1983, 1984] мнение, что развитие психических функций в определенном смысле могло идти в ущерб внутренней регуляции, необоснованно и противоречит основному закону эволюции. Прогрессивное развитие психики предполагает все большее увеличение рефлексии сознания и сознательной регуляции, управления состоянием человека на всех уровнях — от высших психических до простейших биологических функций. Возвращаясь к сказанному во введении, следует еще раз подчеркнуть, что не только теория, но и *практика медицины будущего связана с проблемами адаптивного реагирования и сознательного управления этими процессами.* Подтверждением этому служит наблюдаемое в последние годы существенное повышение внимания исследователей и практических врачей к проблеме биологической обратной связи («biofeedback-training», «biofeedback-therapy»), которая, как отмечает Н. П. Бехтерева (1978), «несомненно принесет новые зрелые плоды медицине, педагогике и различным областям физиологии и патологии труда»[1].

Становление и развитие навыков психофизиологической саморегуляции на основе самовнушения во многом обнаруживает сходство с двигательными навыками у ребенка: сначала беспорядочные движения, потом неловкие попытки целенаправленных актов, постепенно трансформирующихся в систему произвольной регуляции моторных

---

[1] *Бехтерева Н. П.* Предисловие к монографии Н. В. Черниговской «Адаптивное биоуправление в неврологии». — Л: Наука, 1978.

функций. *Многолетний опыт применения аутогенной тренировки позволяет сделать заключение, что, возможно, нет неуправляемых функций; есть функции, задача сознательного опроизволивания которых не ставилась.* И все же вопрос, поставленный А. М. Свядощем, остается открытым: в механизмах аутогенного воздействия по-прежнему больше проблем, чем находок и решений. Излагая опыты с произвольным управлением частотой сердечных сокращений, D. Shapiro описывает диалог с одним испытуемым, достигшим особых успехов: «Когда я спросил его, как он это делает, он ответил: “А как вы двигаете рукой?”» Приведенный пример еще раз свидетельствует о том, что изучение механизмов аутогенной тренировки тесно связано со всеми исследованиями по нейропсихологии и нейрофизиологии человека. И еще об одном факторе, обусловливающем во многих случаях достаточно высокую эффективность психотерапевтического воздействия аутогенной тренировки. Это регулярность и существенное увеличение времени лечебного воздействия. По сравнению с другими методами длительность терапевтического воздействия увеличивается в среднем в 5—10 раз преимущественно за счет самостоятельного применения усвоенных приемов.

В многочисленных исследованиях было показано, что внушение и самовнушение может быть реализовано на поведенческом уровне, на функциональном уровне (выражаясь в изменениях частоты пульса, дыхания и т. д.), на процессуальном психологическом уровне (опыты В. Л. Райкова и Л. П. Гримака по стимуляции способностей) и на уровне тканевых реакций (опыты с внушенными ожогами). Механизмы всех отмеченных реакций пока недостаточно изучены, во многом гипотетичны и носят в значительной степени психологический или нейропсихологический характер. В то же время активное и, главное, эффективное использование современных теоретических концепций в психотерапевтической практике позволяет сделать заключение об их адекватности исследуемым феноменам. Несмотря на относительную многочисленность теоретических подходов и представлений, а также некоторую терминологическую путаницу, в целом большинство авторов в настоящее время солидаризируются во мнении, что *психика человека имеет свое гомеостатическое состояние, стабильность которого обеспечивается как осознаваемым и, следовательно, целенаправленным самовоздействием, так и с помощью некоторых неосознаваемых механизмов.*

Такое большое внимание, которое уделено нами изложению теоретических основ и нейропсихологических механизмов аутогенной тренировки, обусловлено тем, что только на основе их знания и понимания возможно действительно плодотворное и эффективное применение метода. В альтернативном случае психотерапевтическое воздействие сводится к ремесленничеству, чему, к сожалению, пока немало примеров.

Глава 3
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Аутогенная тренировка первой ступени (АТ-1)

Классическая методика И. Шульца

Появление аутогенной тренировки как самостоятельного метода и самого термина обычно связывается с публикацией Шульцем одноименной монографии «Das Autogene Training» (1932), в последующем выдержавшей десятки переизданий. Однако основные положения системы аутогенной тренировки обнаруживаются уже в опубликованной Шульцем в начале 20-х годов работе «О стадиях гипнотического состояния души». В этой работе автор впервые обращает внимание, что практически все пациенты, подвергаемые гипнотическому воздействию, «с абсолютной закономерностью переживают два состояния: своеобразную тяжесть во всем теле, особенно в конечностях, и последующее приятное ощущение тепла».

Напомним, что целенаправленно исследуя комплекс телесных ощущений, сопутствующих гипнотическому состоянию, I. Schultz установил, что субъективное чувство мышечной тяжести является следствием снижения тонуса скелетной мускулатуры, а ощущение тепла — расширения сосудов. На основании этих наблюдений он уже в 20-е годы приходит к предположению о возможности достижения состояния аутогипноза, вызывая у себя ощущения тяжести и тепла. Кроме того, клинический опыт свидетельствовал, что некоторые пациенты могут самостоятельно «входить» в предгипнотическое и даже гипнотическое состояние без какого-либо внешнего воздействия, мысленно повторяя формулы применявшегося ранее гипнотического внушения. При этом у них также последовательно развивались ощущения тяжести и тепла. Это побудило Шульца к созданию метода психотерапии, который исключал длительное воздействие со стороны врача-гипнолога и постоянную зависимость от него пациента. На разработку Шульцем метода аутогенной тренировки существенное влияние оказали работы его друга и коллеги О. Vogt и сотрудничавшего с последним К. Brodmanri, которые изучали влияние гипноза на деятельность головного мозга И также разрабатывали методики самогипноза для купирования невротической симптоматики («профилактический отдых — аутогипноз» по Vogt-

Brodmann). Значительное влияние на научные поиски Шульца оказали, как уже отмечалось, и опубликованные ранее работы E. Coue.

Подчеркивая в названии активирующую роль разработанного им комплекса упражнений, Шульц в то же время ошибочно считал, что созданная им система (так же как и методы O. Vogt) основана на эффекте самогипноза. Основная заслуга Шульца состоит в доказательстве того, что при значительном расслаблении поперечнополосатой и гладкой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе исходно непроизвольные, функции организма. Предложенная методика аутогенной тренировки в отличие от всех последующих модификаций получила название классической, а шесть входящих в нее упражнений именуются «стандартными упражнениями первой ступени аутогенной тренировки (АТ-1)». В соответствии с классической методикой началу занятий всегда предшествует вводная лекция (беседа), в которой пациентам в доступной форме разъясняются физиологические основы метода и эффекты, на которые направлены те или иные упражнения. В беседе подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения, которые задаются врачом, должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. В окончательном виде формулы самовнушений по I. Schultz сводятся к следующим:

«Я совершенно спокоен» — подготовительная фраза.

1-е стандартное упражнение — вызывание ощущения тяжести. Вслед за врачом пациент мысленно повторяет: «Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая» — по 6 раз 3—4 раза в день в течение 4—6 дней. Затем: «Обе руки (ноги) тяжелые. Все тело стало тяжелым». Упражнение осваивается в течение 10—14 дней.

2-е стандартное упражнение — вызывание ощущения тепла. После выполнения 1-го стандартного упражнения пациент вслед за врачом 5—6 раз повторяет: «Моя правая (левая) рука (нога) теплая». В дальнейшем 1-е и 2-е упражнения объединяются единой формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые».

3-е стандартное упражнение — регуляция ритма сердечной деятельности. Начиная с 9—10-го занятия, пациент мысленно повторяет: «Сердце бьется мощно и ровно». Предварительно испытуемые обучаются мысленно считать сердцебиения.

4-е стандартное упражнение — регуляция дыхания. После выполнения первых трех упражнений пациент мысленно 5—6 раз повторяет: «Мое дыхание спокойное, дышится спокойно».

5-е стандартное упражнение — влияние на органы брюшной полости. Выполняется после предварительного разъяснения роли и локализации солнечного сплетения. Формула самовнушения: «Мое солнечное сплетение излучает тепло» (12—14-е занятие).

6-е стандартное упражнение — влияние на сосуды головы. Завершает гетерогенные тренировки (15—17-е занятие). Пациент 5—6 раз повторяет: «Мой лоб слегка прохладен».

Устанавливая определенные сроки обучения аутогенной тренировке и строгую периодичность и последовательность занятий, которые, по мнению I. Schultz, не могут быть изменены, автор метода в то же время особо подчеркивал, что переходить к последующим упражнениям можно лишь после усвоения предыдущих. В качестве основного критерия усвоения указывалось на генерализацию внушаемых ощущений. Весь курс занятий АТ-1 доится около 3—4 мес. В процессе освоения упражнений формулы самовнушений укорачиваются и, в конечном итоге, сводятся к ключевым словам-командам: «успокоение», «тяжесть», «тепло» и т. д.

После выполнения упражнений пациентам вначале рекомендуется сидеть (или лежать) спокойно в течение 1 мин и лишь затем выводить себя из состояния аутогенного погружения по команде: «Согнуть руки (выполняются 2—3 сгибательных движения), глубоко вдохнуть, на выдохе открыть глаза».

Произвольно «усиливать» формулы самовнушения (например, заменять «Мой лоб слегка прохладен», на «Мой лоб холодный»), если это не назначено врачом, больным не разрешается. В начале занятий сеансы аутотренинга продолжаются 1—2 мин, затем их длительность увеличивается до 5 мин и после освоения упражнений — снова уменьшается до 1—2 мин. Первые занятия проводятся в утренние и вечерние часы (сразу после сна и перед сном) в положении лежа: пациент лежит на спине, голова чуть приподнята на низкой подушке, руки свободно лежат вдоль туловища, немного согнуты в локтевых суставах, ладонями вниз; ноги вытянуты, слегка разведены и незначительно согнуты в коленных суставах. В дневное время упражнения выполняются сидя — в так называемой позе «кучера дрожек». Пациент сидит на стуле, голова и туловище слегка наклонены вперед, плечи опущены, предплечья свободно лежат на передней поверхности бедер, кисти свешены и расслаблены, ноги удобно расставлены. Упражнения выполняются при закрытых глазах, формулы самовнушений повторяются, сопровождая фазу выдоха. Обучение аутогенной тренировке I. Schiltz проводил индивидуально или в виде групповых занятий; в последнем случае — от 30 до 70 человек в группе.

Поскольку стандартными упражнениями охватываются мышечная сфера, сердечно-сосудистая и дыхательная системы, желудочно-кишечный тракт и, как предполагалось, головной мозг (6-е стандартное упражнение), I. Schultz считал, что в результате систематических тренировок происходит «выравнивание функций нервной системы». По мнению автора, оно наступает вследствие того, что аутотренинг «амортизирует аффективный резонанс». На основании этого делался вывод, что, систематически применяя шесть стандартных упражнений, можно значительно ослабить болезненную симптоматику или даже полностью избавиться от заболевания. По его мнению, аутогенная тренировка не имеет противопоказаний, а лишь является более эффективной при одних заболеваниях и менее — при других. В то же время он

считал, что метод наиболее показан при различных спастических явлениях, состояниях беспокойства и тревоги.

Несмотря на несколько преувеличенные оценки и попытки создать «универсальный» метод, игнорируя принцип комплексности лечения невротических расстройств, в целом аутогенная тренировка, несомненно, явилась прогрессивным шагом вперед, так как значительно расширила возможности психотерапевтического воздействия. В первую очередь это обусловлено тем, что лечебный процесс не сводится к всегда ограниченному временем контакту больного с врачом, а имеет подкрепление и продолжение в виде повторяющихся затем самостоятельных упражнений. Метод приобретает тренирующий и обучающий характер за счет простых и доступных для самостоятельного использования терапевтических приемов. Предложенная I. Schultz методика, удачно сочетая элементы самовнушения с продуманными приемами физиологического воздействия, способствовала развитию у больных специфических навыков самоконтроля, прививала чувство ответственности за результаты лечения, позволяла при необходимости самостоятельно проводить поддерживающие и профилактические курсы.

В то же время следует отметить, что с некоторыми теоретическими положениями, рекомендациями и выводами I. Schultz трудно согласиться. Так, в работах многих авторов было показано, что применение аутогенной тренировки совершенно неэффективно в одних случаях и противопоказано в других. Например, 5-е стандартное упражнение, направленное на вызывание ощущений тепла в эпигастральной области, приводит к усилению кровообращения в стенке желудка и повышению кислотности желудочного сока, поэтому его не рекомендуется применять при гиперацидных гастритах [Рожнов В. Е., 1979]. Не рекомендуется и не эффективно применение аутогенной тренировки во время острых соматических и вегетативных кризов (К. И. Мировский). Существенным недостатком разработок I. Schultz является неубедительность физиологического обоснования, увлечение во многом уязвимыми психосоматическими концепциями. Несостоятельны попытки автора универсализировать метод при снижении значения дифференцированного подхода к конкретному больному в зависимости от клинических проявлений и этапа лечения.

В процессе уже более чем полувековой истории аутотренинга отечественными и зарубежными авторами было проведено огромное количество исследований, направленных на изучение и обоснование механизмов психотерапевтического воздействия метода, а также — на развитие методики и специализацию техники аутогенной тренировки применительно к различным синдромам и формам клинической патологии. Достаточно сказать, что библиографический указатель, приведенный в 4-м томе руководства по аутогенной тренировке, изданного под редакцией W. Luthe в 1969—1970 гг., включает 2450 работ. Последний отечественный библиографический указатель по проблеме аутогенной тренировки (А. С. Ромен) включал 943 работы.

А. М. Свядощ (1982) указывает, что аутогенной тренировке посвящено уже около 4000 публикаций. Естественно, что в данной книге нет возможности летально рассмотреть все современные модификации аутогенной тренировки, каждая из которых, несомненно, представляет определенный интерес. Остановимся коротко лишь на модификациях, получивших наиболее широкое распространение.

«Направленная тренировка органов» по H. Kleinsorge — G. Klumbies[1]

Идея целенаправленного применения аутогенной тренировки для терапии функциональных нарушений деятельности отдельных органов и систем принадлежит H. Kleinsorge, который в последующем совместно с G. Klumbies разработал методику «направленной тренировки органов» («gezieltes organen training»). По мнению авторов, предложенный вариант является не модификацией, а дальнейшим развитием методики аутогенной тренировки. Впрочем, можно констатировать, что позднее точка зрения авторов изменилась. Так. G. Klumbies (1983), отмечая, что «аутогенную тренировку можно расширить через другие формулы», пишет: «Kleinsorge применил соответствующие формулы без стремления к общей программе тренинга, а ограничился упражнениями тяжести и тепла в качестве основы (органный тренинг)». Таким образом, речь идет уже не о дальнейшем развитии методики аутогенной тренировки, а о «расширении» одних приемов и «ограничении» других, т.е. о модификации.

Сократив общий курс стандартных упражнений по Schultz, авторы рекомендуют формировать специализированные лечебные группы по отдельным (сходным) синдромам. Терапия проводится в виде гетеротренинга, отличительной особенностью которого является значительное увеличение роли суггестивного воздействия врача, в том числе и гипнотического. Более широко используется сенсорная репродукция (эмоционально окрашенные образные представления). Так называемые специализированные упражнения, направленные на устранение локальных жалоб, фактически представляют собой существенно расширенные и дополненные основные упражнения классической методики I. Schultz, что ранее отмечали сами авторы. Однако, в отличие от классической методики, где порядок и последовательность упражнений строго регламентированы, а роль отдельных стандартных упражнений в достижении терапевтического эффекта уравнивается, при «направленной тренировке органов» особое значение придается синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам, применяемым, как правило, изолированно. В то же время психотерапевтическая роль отдельных комплексов и их наименова-

---

[1] Книга Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиес «Техника релаксации» в 1965 г. была издана у нас в стране (перевод К. И. Мировского и И. М. Кальмана, предисловие А. Н. Шогама). К 1983 г. эта книга трижды переиздавалась в ГДР, а также была издана в английском переводе в Бристоле и на японском языке в Токио.

ния соответствуют классической методике I. Schultz. Авторами данной модификации проводится чрезвычайно длительный курс групповых занятий — 3 мес. Одновременно интенсивность гетерогенных тренировок явно недостаточна — по 2 ч групповых занятий в неделю (весь курс — 24 ч). Поэтому не приходится удивляться, когда авторы пишут, что «им всегда приходится считаться с прекращением упражнений у одной трети больных вследствие тех или иных обстоятельств».

В соответствии с психотерапевтической направленностью H. Kleinsorge и G. Klumbies выделяют следующие группы или комплексы:

— «покой» (соответствует 1-му стандартному упражнению по Schultz). Специальные упражнения, частично заимствованные из методики последовательной прогрессирующей релаксации по Jacobson, направлены на достижение «телесного покоя». Образные представления связаны преимущественно с картинами природы. Основные показания: эмоциональные нарушения и расстройства сна (самовнушения, относящиеся непосредственно к засыпанию, не рекомендуются);

— «сосуды». В основе комплекса лежат 1-е и 2-е стандартные упражнения, а также элементы прогрессирующей релаксации. В образных представлениях акцентируется ощущение тепла. Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертензивный артериальный синдром, начальная стадия гипертонической болезни. Применение аутогенной тренировки при артериальной гипотонии авторы считают ротивопоказанным;

— «сердце». Представляет собой модификацию 2-го и 3-го упражнений, адресованных преимущественно к левой руке, расширение кожных сосудов которой, как известно, оказывает выраженное рефлекторное влияние на состояние коронарного кровообращения. Эффективность упражнений авторами подтверждена с помощью ЭКГ-контроля. Показания: стенокардия, функциональные неврогенные аритмии. При вы олнении этого упражнения вначале целенаправленно усиливается ощущение тепла в левой руке, а затем используется один из вариантов аутосуггестии, например: «Спокойно и равномерно бьется мое сердце. Мое сердце работает, качает кровь без моей помощи. Я едва чувствую свое сердце — приятное тепло струится от левой руки в левую половину груди. Сосуды руки расширяются. Через сердце струится тепло. Совершенно самостоятельно, совершенно спокойно работает мое сердце. Спокойно и непрерывно качает кровь мое сердце»;

— «легкие». Содержит элементы дыхательной гимнастики. Ритмичность дыхания обеспечивается мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха и выдоха. Тренировки рекомендуется проводить лежа в помещении с хорошей вентиляцией. Больные с острыми расстройствами дыхания (кашель, диспноэ) к групповым занятиям не привлекаются в целях предупреждения отрицательной взаимоиндукции. Показани: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные диспноэ. Рекомендуемые авторами формулы: «Я совершенно спокоен, совершенно спокоен. Совершенно спокойно мое дыхание. Легко и сво-

бодно струится воздух, прохладный и освежающий. Дышится совершенно спокойно, без моего усилия, самопроизвольно. Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко. Я совершенно спокоен, совершенно спокоен»;

— «живот». В отличие от 5-го стандартного упражнения, связанного с генерализованным ощущением тепла в брюшной полости, применяются формулы самовнушений, адресованных к отдельным органам — желудку, печени и т. д. Самовнушение «Мое солнечное сплетение излучает тепло» авторами не применяется как недостаточно обоснованное и трудно реализуемое в ощущениях (что не подтверждается наш ми исследованиями — В. С. Лобзин, М. М. Решетников). Показания: спастические состояния желудочно-кишечного тракта, гастралгии, дискинезии, колиты;

— «голова». Является акцентуированной формой 6-го стандартного упражнения. Словесные формулы самовнушений, как и в остальных случаях, существенно расширены. Например: «Я совершенно спокоен… Моя голова свободная и легкая… Лоб приятно прохладен… Я ощущаю, как прохлада окутывает голову… Голова становится ясной и свободной… Я могу сосредоточиться на каждой мысли…» и т. д. Авторы отмечают, что примерно в 10 % случаев упражнение может вызывать или усиливать головные боли, что объясняется чрезмерным сужением сосудов. В этих случаях рекомендуется вызывать ощущения тепла с локализацией в области лба. Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения с синдромом головных болей, мигрень, синдром Меньера, расстройства функции внимания.

В связи с трудностями, испытываемыми при группировке больных по сходным синдромам, направленная тренировка органов не получила в нашей стране широкого распространения. Существенное увеличение роли гетеровоздействия, сближающее методику с пассивными приемами суггестивной терапии, по-видимому, является причиной того, что курс лечения, как показал клинический опыт, часто увеличивается почти вдвое, менее эффективно купируются общеневротические синдромы.

В то же время предпринятая H. Kleinsorge и G. Klumbies попытка индивидуализации приемов и дифференцированного применения стандартных упражнений послужила основой для дальнейшего совершенствования методики аутогенной тренировки. В частности, К. И. Мировский и А. Н. Шогам предложили специализированный комплекс, направленный на тренировку аппаратов тонуса: мышечного, сосудистого и нервного («психотоническая тренировка»). Наряду с заимствованными и модифицированными, психотоническая тренировка включала ряд оригинальных приемов. Были разработаны приемы, не только снижающие тонус нервной системы (парасимпатический эффект), но и методы, вызывающие активацию симпатического отдела, что позволило рекомендовать метод при гипотонических состояниях.

В последнем издании книги «Психотерапия в клинике внутренних болезней» [Klumbies G., 1983] отмечается, что в 50 % случаев при-

менение аутогенной тренировки дает очень хороший или хороший эффект. Приводя данные G. di Pol, K. Muller, W. Reuter и других авторов, G. Klumbies подчеркивает, что использование интенсивной «гетеросуггестивной поддержки» и сенсорной репродукции в процессе обучающего курса способствует повышению успешности освоения аутогенной тренировки и, как следствие, последующему длительному и эффективному индивидуальному применению метода в целях психогигиены и психокоррекции (приводятся достаточно обоснованные данные изучения 353 пациентов в течение 4—10 лет). В качестве наиболее частых осложнений метода указываются: сохранение ощущения тяжести после завершения сеанса аутогенной тренировки, которое объясняется автором как постгипнотический эффект, связанный с недостаточным внушением «выхода» из аутогенного состояния, группа вазомоторных нарушений (обморок, мигрень, angina pectoris) при неумелом или непоказанном применении упражнений, направленных на вызывание ощущений тепла; появление головных болей при выполнении 6-го упражнения.

Модификация D. Müller-Hegemann

Д. Мюллер-Хегеманн внес некоторые изменения в классическую схему, в частности в 3-е и 6-е упражнения. В построении занятий автор в значительно большей мере, чем I. Scultz, использовал образные представления, одновременно снижая удельный вес внутренней речи. Существенное внимание в этой модификации уделяется приемам самоубеждения и самовоспитания и несколько меньшее — самовнушению. По мнению Д. Мюллер-Хегеманна, излишний дидактизм и императивное построение формул самовнушения могут вызывать негативизм у пациентов, выраженность которого зависит от интеллектуального уровня больных (чем выше интеллектуальный уровень, тем больше негативизм). С учетом этих представлений автор смягчает формулы самоприказов, преобразуя их в формулы самопожеланий. Так, например, вместо самоприказа «Я совершенно спокоен» используется — «Пусть я стану совершенно спокойным». Существенное значение придается мотивации пациента к овладению методом, желанию сотрудничать с врачом и наличию необходимого «интеллектуального минимума» у обучаемого, позволяющего усвоить основы, систему и цели аутотренинга. Чем выше «интеллектуальный порог», тем больше возможность к варьированию и усложнению применяемых методов. В процессе лечебного курса используются «стереотипные» формулы гетеро- и аутосуггестии, что, по мнению автора, «проторяет путь» для самовоздействия.

В модификации Д. Мюллер-Хегеманна 3-е упражнение выполняется следующим образом: больной вначале образно представляет себе, как его левая рука наполняется струящимся теплом от пальцев до плечевого сустава, затем он «переливает» это тепло в левую половину грудной клетки и таким образом достигает рефлекторного расширения

коронарных сосудов. Основываясь на данных о представительстве моторных функций в коре больших полушарий, как и многие другие авторы, Д. Мюллер-Хегеманн существенное внимание уделяет регуляции тонуса мимической мускулатуры (6-е упражнение), что, по его мнению, снижая кортикально-гипоталамическую активность, приводит к «эмоциональному выравниванию» через систему обратной связи. Уместно отметить, что на тесную связь эмоционального состояния с тонусом мимической мускулатуры гораздо раньше работ W. Penfield указывали В. М. Бехтерев и П. К. Анохин. Важным условием для успешного применения аутогенной тренировки Д. Мюллер-Хегеманн считает отбор пациентов не только по медицинским, но и по психологическим показаниям. Работа Д. Мюллер-Хегеманна (1957) была первым сообщением о методе с изложением собственных исследований, опубликованных в переводе на русский язык у нас в стране.

Регуляция мышечного тонуса по B. Stokvis

В модификации, предложенной B. Stokvis, основным и фактически единственным элементом является релаксация. Если в классической методике аутогенной тренировки релаксация используется как один из базисных элементов, то в данной модификации расслабление определенных мышечных групп становится самостоятельной целью занятий. Так же, как и Джейкобсон, автор исходит из того, что локальные моторные проявления связаны с определенными эмоциями, однако B. Stocvis значительно сокращает длительность тренировок (30—50 мин — у Джейкобсона и 5—10 мин — у Stokvis). По мнению автора, длительная концентрация внимания на определенных мышцах вызывает их непроизвольное напряжение. Какой-либо постоянной системы упражнений в модификации B. Stokvis нет, а направленность метода обусловливается конкретными проявлениями заболевания и индивидуальными особенностями личности пациента. Автор отмечает, что на первых этапах расслаблению препятствуют любые попытки концентрации внимания на содержании мыслительной сферы. Существенное внимание в данной модификации уделяется воспитанию у пациента ответственности за результаты лечения, подчеркивается важность отношений доверия между врачом и пациентом. Занятия проводятся в положении лежа, всегда в одно и то же время. B. Stokvis считает, что лучше пропустить занятие, чем перенести его на другое время. После формулы успокоения («Теперь я лежу совсем спокойно») пациент последовательно расслабляет мышцы плеч, предплечий, обе кисти, мышцы ног, живота, груди, головы, рта, носа, глаз, ушей, лица и затылка. По-видимому, большинство специалистов согласятся, что чрезвычайно трудно представить себе расслабление, например, мышц ушей. В этой связи следует отметить, что, по мнению B. Stokvis, основную роль играет не собственно релаксация, а *переживание релаксации пациентом.*

Занятия проводятся индивидуально в форме гетеротренинга. Каждый пациент создает собственные формулы-намерения, которые зачи-

тываются или произносятся врачом во время сеанса. Для усиления релаксации в процессе сеанса используется суггестивное воздействие, наложение рук, образные представления напряжения и расслабления мышц в сочетании с дыхательными упражнениями. Конечной целью релаксирующих упражнений считается расслабление мышц и расслабление «духа» в их единстве, после чего пациентом мысленно произносится: «Благодаря глубокому и полному расслаблению, представления, которые я сейчас вызываю, осуществляются». Окончание сеанса завершается так же, как при использовании гипнотического внушения: врач ведет счет, сопровождая его суггестией (один — тяжесть уходит; два — глаза открываются и т. д.). Перед началом курса лечения B. Stokvis, как правило, проводит пробы на внушаемость (опыт с маятником и т. п.). По мнению автора, метод показан при терапии невротически обусловленной симптоматики, однако мало эффективен при невротическом развитии личности.

Ступенчатый активный гипноз по E. Kretschmer

Кречмер так же, как и B. Stokvis, считает, что нельзя предлагать пациенту излечение как «подарок», в связи с чем значительное внимание в психотерапевтическом процессе уделяется совместной работе врача и больного при постепенной активации последнего. Вначале пациент осваивает стандартные упражнения тяжести и тепла («основные психотерапевтические упражнения»), после чего он переходит к целенаправленным тренировкам мышц и сосудов («индуктивное управление тонусом»). Освоение упражнений проводится с использованием суггестивного воздействия, которое Кречмер определяет как «речевое сопровождение», отдавая последнему термину предпочтение. Для повышения успешности освоения метода применяются дыхательные упражнения, при этом формулы внушений произносятся на выдохе. В отдельных случаях используются также образные представления. В целом эта методика направлена на облегчение гипнотизации пациентов и обучение их навыкам самогипноза. Этой цели служит, в частности, упражнение «фиксации». После выполнения «основных психотерапевтических упражнений» пациенту предлагается фиксировать взглядом кончик указательного пальца врача, который располагается в 20 см от лица больного на линии взора. Фиксация осуществляется до самопроизвольного закрывания глаз. Если при длительной фиксации глаза остаются открытыми, используется суггестия или директивное внушение. Затем с помощью «речевого сопровождения» проводится усиление ощущений тяжести и тепла до наступления гипнотического состояния. Психотерапия в гипнозе длится около 1 ч. Сеанс заканчивается «вербально управляемым» пробуждением. Автор считает упражнение «фиксации» врачебным приемом. Лишь в отдельных случаях допускается выполнение этого упражнения пациентом самостоятельно. При этом рекомендуется «с закрытыми глазами смотреть изнутри на лоб», т.е. используется то же положение глаз, как и в технике гипнотизации. Применяемые фор-

мулы самовнушений разрабатываются на основе «целенаправленного анализа» личности и переживаний пациента. Показания к применению метода те же, что и при гипнотерапии. С учетом вышеизложенного, ступенчатый активный гипноз по Кречмеру можно лишь весьма условно относить к модификациям аутотренинга, так как по своей сути данный психотерапевтический прием представляет собой сочетанное применение аутогенной тренировки и гипнотического воздействия, что, естественно, существенно снижает активирующее воздействие метода.

***

Из других хорошо известных у нас в стране зарубежных специалистов по аутогенной тренировке следует отметить H. Lindemann и W. Luthe. Ханнес Линдеман, по-видимому, является одним из самых ортодоксальных учеников и последователей Шульца. Он не предпринимал (или не считал необходимым предпринимать) каких-либо поисков для усовершенствования классической методики или даже текста отдельных формул [Lindemann H., 1980]. Свою большую известность Х. Линдеман снискал не только как специалист, но и как страстный популяризатор аутогенной тренировки. Борясь со скептицизмом, все еще существующим по отношению к психической саморегуляции, чтобы доказать огромные возможности аутотренинга Х. Линдеман за 72 дня в одиночку переплыл Атлантический океан в надувной резиновой лодке. По окончании этого бесспорно трудного путешествия Х. Линдеман писал: «Счастье остаться живым я воспринял и как подарок судьбы и как обязательство посвятить свою жизнь пропаганде аутогенной тренировки». Для специалистов, занимающихся или собирающихся заняться аутогенной тренировкой, посвященная ей книга Х. Линдемана (1980) окажется не только полезной, но и доставит ни с чем не сравнимое удовольствие общения с интересным собеседником.

Аутогенная терапия по Вольфгангу Лутэ будет изложена в конце данной главы при рассмотрении высших ступеней аутогенной тренировки.

Техника самовнушения по А. М. Свядощу — А. С. Ромену

Методическое письмо А. М. Свядоща и А. С. Ромена «Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике (техника самовнушения)» было первой отечественной публикацией, в которой достаточно последовательно и полно излагалась методика аутотренинга[1]. Рекомендуемое авторами построение занятий в значительной

[1] Говоря о разработке и применении аутогенной тренировки в отечественной практике, было бы несправедливо не упомянуть о системе К. С. Станиславского, в которой задолго до I. Schultz были сформулированы и использовались многие аналогичные приемы. Позднее в книге «Работа актера над собой» К. С. Станиславский писал: «...Нужно освободиться от всякого мышечного напряжения. Такое состояние дает лучший отдых телу. При таком отдыхе можно в полчаса или в час освежиться так, как при других условиях не удается этого добиться в течение ночи». «Оказывается, что мышечное ослабление при одновременном суживании круга внимания является хорошим средством от бессонницы». Хотя описанные приемы и не имеют прямого отношения к лечеб-

степени соответствует классической методике. Так же, как и I. Schultz, ими использовались краткие формулы самовнушения без их логической мотивации, однако произносимые с императивной интонацией. Основой аутогенной тренировки авторы считают самовнушение, что подчеркивалось как в ранних, так и последующих публикациях, а состояние аутогенного погружения в данной модификации рассматривается как аутогипнотическое.

Значение самовнушения в системе аутогенной тренировки авторами явно переоценивается, а само понятие аутосуггестии, по нашему мнению, необоснованно расширяется: фактически любое психическое самовоздействие приравнивается к самовнушению. Обоснование некорректности такого подхода приводилось нами как ранее (1977), так и в настоящей публикации (см. табл. 2). Сенсорной репродукции авторами отводится второстепенная роль, хотя, как отмечает А. М. Свядощ в последних работах (1982): «Если во время тренировки краткие формулы самовнушения «Рука теплая…» и др. оказываются малоэффективными, предлагается сопровождать их вызыванием соответствующего образного представления, например, что рука опущена в таз с горячей водой». Таким образом, сенсорная репродукция в модификации является лишь вспомогательным, не постоянным элементом аутогенной тренировки. В отдельных случаях авторы рекомендуют использование безусловнорефлекторного подкрепления, в частности сочетание самовнушения «Рука холодная» с опусканием ее в холодную воду. Перед началом занятий аутотренингом проводится курс подготовительных упражнений по регуляции мышечного тонуса, что, по мнению авторов, способствует сокращению сроков усвоения метода. Обучающий курс проводится в форме гетеротренинга, формулы самовнушений произносятся врачом в императивной форме. Собственно аутогенные тренировки предполагают использование внутренней речи, также без логической мотивации и образных представлений.

Возражая против «образной развертки» словесных формул и в последующих работах, А. С. Ромен исходит из предположения, что «здоровое воображение может быть только у здоровых людей». Однако в той же работе он оценивает сенсорную репродукцию зрительных образов как мощный лечебный фактор. Авторы рекомендуют заранее сообщать пациентам о желательном терапевтическом эффекте того или иного упражнения, что, как свидетельствует наш опыт, не всегда целесообразно. Перед выполнением 3-го стандартного упражнения А. М. Свядощем и А. С. Роменом было введено обучение больных мысленному подсчету пульса или сердцебиений.

Предлагаемое авторами лечение фобий, токсикоманий и навязчивостей только «самовнушением спокойствия» или «безразличия»

ной практике, их разработку, бесспорно, можно отнести к достижениям отечественной науки. Вспомним, что Э. Куэ, удостоенный звания профессора медицины honoris causa («ради почета»), также не был врачом.

представляется спорным. Низкая терапевтическая эффективность изолированного применения самовнушения в этих случаях побудила нас к поиску и разработке специальных методов индивидуальной психокоррекции на базе аутогенной тренировки, о которых будет сказано ниже.

Основным недостатком модификации А. М. Свядоща и А. С. Ромена является ориентация преимущественно на суггестивное воздействие при значительном снижении роли приемов тренирующего и активирующего характера. В то же время, несмотря на ряд спорных положений, присутствие которых в одной из первых публикаций по аутогенной тренировке является естественным, данная работа содержит ряд интересных наблюдений, советов и результатов оригинальных исследований. Изложение основных экспериментальных работ авторов связано преимущественно с применением аутогенной тренировки в целях достижения состояния самогипноза у здоровых испытуемых добровольцев. Приводимые в методическом письме эффекты аутосуггестивного воздействия (каталептический мост, восковидная гибкость, отсутствие боли при прокалывании кисти иглой), хотя и не имеют самостоятельного терапевтического значения, раскрывают огромные возможности метода. Весьма ценными являются ссылки авторов на литературные данные об эффективности аутогенной тренировки при нарушениях менструального цикла, лечении нейродермитов и обменных нарушений. Следует выразить лишь сожаление, что до настоящего времени еще бытует определенный скепсис в отношении лечения этих заболеваний психотерапевтическими методами. *Несмотря на ежедневный клинический опыт, глубокое обоснование и практически всеобщее признание роли психогенных факторов в генезе ряда органических заболеваний, обратный процесс, возможность психотерапевтического воздействия на органические изменения еще часто ставится под сомнение.*

Публикация методического письма А. М. Свядоща и А. С. Ромена сыграла важную роль в популяризации аутогенной тренировки в нашей стране, побудив многих исследователей и врачей к апробации клинического и психогигиенического применения метода.

Психотоническая тренировка по К. И. Мировскому — А. Н. Шогаму

При изложении модификации Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиеса уже отмечалось сходство «психотонической тренировки» и методов «направленной тренировки органов». Разработка мобилизующих («симпатомиметических») упражнений позволила К. И. Мировскому и А. Н. Шогаму существенно расширить показания к аутогенной тренировке. Метод начал применяться не только как седативный или транквилизирующий, но и при заболеваниях, терапия которых требует противоположного воздействия на аппараты тонуса: артериальной гипотонии и других астеновегетативных состояниях. Таким образом, по-видимому, следует признать, что с появлением психотонической техники аутогенная тренировка приобрела характер метода саморегуляции в современ-

ном его понимании. Основной физиологический эффект аутогенной тренировки усматривается авторами данной методики в воздействии на аппараты тонуса: нервного, мышечного и сосудистого, что нашло отражение в названии предложенной ими модификации. Наряду с заимствованными приемами и общим принципом комплектования специализированных групп по ведущим синдромам, авторами впервые были разработаны упражнения, получившие применение в так называемой «астеновегетативной группе» (точнее, в «астеногипотонической» группе).

Тренировки в «астеногипотонической группе» начинаются непосредственно со специализированных мобилизующих упражнений, при этом релаксирующий курс значительно сокращается, рассматриваясь как подготовительный этап, или (чаще) вообще исключается, поскольку он всегда вызывает некоторый гипотензивный эффект. В формулах самовнушений и образных представлениях акцентируются ощущения, связанные с выраженными симпатомиметическими сдвигами: озноб и мышечное напряжение. Например: «Плечи и спину обдает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. Я — как сжатая пружина. Все готово к броску» и т. д. Формулам мобилизации аппаратов тонуса обычно предшествует самовнушение покоя («Я совершенно спокоен. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне»). Как отмечает К. И. Мировский, при использовании предложенной методики уже после первого занятия наблюдается существенное повышение артериального давления, по данным автора, с 60/45 — 70/50 до 110/70 — 130/80 мм рт. ст.

В разработанных авторами для лечения заикания упражнениях (группа «логоневрозов») преобладают формулы самовнушений, адресованные непосредственно к функции речи в сочетании с воздействием, направленным на снижение невротической напряженности при общении. После усвоения общих упражнений больным рекомендуется в положении лежа или сидя, а позднее — стоя и во время ходьбы применять следующие формулы: «Язык расслаблен и тяжел. Дышится свободно и легко… Я спокоен, весь расслаблен. В любой обстановке я спокоен и расслаблен. В любом настроении моя речь свободная и плавная… В любой обстановке меня сопровождает хладнокровие и непринужденность… Речь льется сама по себе. Мне легко не думать о речи. Она плавная, свободная, четкая» и т. д. По нашему мнению, предлагаемые формулы носят слишком прямолинейный и одновременно общий характер, что сближает их с ортодоксальным куэизмом. Кроме того, терапия логоневрозов в таком виде вряд ли может быть достаточно эффективной, так как невротические расстройства речи, как правило, требуют комплексного воздействия. В этом комплексном воздействии существенную роль, как было показано в работах Н. П. Мировской и А. А. Мажбица, может играть и аутогенная тренировка.

Нами уже отмечалось [Панов А. Г. и др., 1980], что выделение цисталгий («системных нарушений функции мочевого пузыря»)

в самостоятельную специализированную группу вряд ли обосновано. Увлечение «группированием» может привести к практически бесконечному и в значительной степени искусственному дроблению методов применительно к отдельным синдромам. Выделяемая К. И. Мировским и А. Н. Шогамом «группа цисталгий» фактически представляет собой незначительно модифицированное 5-е стандартное упражнение по I. Schultz с акцентуацией на ощущениях тепла «над лобком и в промежности». В группе «патология сна» предлагается использование приемов отвлечения, усиления общего успокоения в сочетании с транквилизирующим эффектом ритмического дыхания. Так же, как и P. Dubois, авторы рекомендуют избегать упоминаний о засыпании в связи с тем, что они вызывают непроизвольную отрицательную индукцию. Как отмечает К. И. Мировский, транквилизирующие приемы аутогенной тренировки не являются непосредственно «снотворными», а создают, по выражению автора, «своеобразный протез сна», устраняют препятствия к нормальному засыпанию.

Для снижения болевых ощущений в брюшной полости (группа «боли в животе») авторы предлагают выполнение дыхательных упражнений — активное диафрагмальное дыхание (самомассаж внутренних органов). Эти рекомендации, по-видимому, более обоснованы теоретическими построениями, нежели клиническим опытом, который показывает, что при болевых ощущениях в брюшной полости наиболее эффективным является редуцированное, медленное и поверхностное дыхание в сочетании с приемами общего успокоения, вызывания тепла и отвлечения. Старая истина — «Больному органу — покой» — не утрачивает своей актуальности.

Представляют несомненный практический интерес результаты наблюдений К. И. Мировским и А. Н. Шогамом эффектов сочетанного применения аутогенной тренировки и некоторых фармакологических препаратов. В частности, отмечается взаимопотенцирующее позитивное действие сочетания аутотренинга с применением поддерживающих доз инсулина; указывается на снижение успешности освоения аутогенной тренировки при одновременном применении нейролептиков типа аминазина, так как, усиливая релаксацию, эти препараты оказывают отрицательное влияние на функцию внимания, его активную концентрацию. В отличие от нейролептиков антидепрессанты способствуют повышению концентрации внимания, но препятствуют релаксации. Транквилизаторы обычно хорошо комбинируются с аутогенной тренировкой.

Так же, как и рядом других авторов, К. И. Мировским и А. Н. Шогамом рекомендуются использование гипноза для ускоренного освоения упражнения, применение музыкального сопровождения занятий и проведения гетерогенных тренировок с помощью магнитофонных записей. В разработанной авторами модификации самовнушение, хотя *и* является в отдельных случаях основным методом воздействия, в то же время не играет такой роли, как в классической методике или технике самовнушения по А. М. Свядощу — А. С. Ромену.

Введение в методику тонизирующих упражнений послужило основой для широкого применения аутогенной тренировки в спортивной практике в целях мобилизации психофизиологического состояния спортсменов перед и в процессе соревнований. В частности, А. В. Алексеевым и Л. Д. Гиссеном была предложена «психорегулирующая тренировка» (ПРТ) для психологической подготовки к соревнованиям; отдельные элементы психотонической тренировки используются в более поздних модификациях А. В. Алексеева («идеомоторная тренировка», «психомышечная тренировка», 1978), А. Т. Филатова («эмоционально-волевая подготовка», 1982) и некоторых других.

Коллективно-индивидуальный метод Г. С. Беляева

Несколько видоизменяя «первую ступень» аутогенной тренировки по I. Schultz, Г. С. Беляев предложил комбинированный «коллективно-индивидуальный метод». Учитывая, что пребывание больного в стационаре всегда ограничено временем лечения, целью предложенной модификации являлась интенсификация процесса обучения аутогенной тренировке, а также индивидуализация приемов самовоздействия в зависимости от особенностей личности больного и имеющегося заболевания. Упражнения осваивались пациентами в процессе гетерогенных тренировок и закреплялись домашними занятиями после окончания стационарного курса или в амбулаторных условиях. Каждому больному назначались дополнительные упражнения с учетом особенностей и периода заболевания. Перед началом занятий в предложенной модификации не рекомендовалось применять формулы общего успокоения, так как, по мнению автора, в начале тренировки, при отсутствии терапевтического эффекта, это может приводить к дискредитации метода. Значительное место в данной модификации отводилось упражнениям, направленным на регуляцию дыхания, которые Г. С. Беляев (1973) определял как «важнейший компонент аутогенной тренировки». Как и большинство авторов, Г. С. Беляев рекомендовал использовать формулы только утверждающего характера (без частицы «не»). Важными в этой модификации являлись направленность на активизацию личности больного и индивидуальный подход врача в каждом конкретном случае.

Репродуктивная тренировка

Комплексное исследование механизмов и терапевтической эффективности аутогенной тренировки послужило основанием для создания оригинальной методики, которая, с учетом основного реализующего приема, была названа нами «репродуктивной тренировкой». Эта методика подробно описывается во всех наших предыдущих изданиях [Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1977; Лобзин В. С., Беляев Г. С., Копылова И. А., 1978; Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1980] и является основой комплексной методики психофизиологической и личностной саморегуляции, которая излагается в гл. 5 настоящего руководства.

Репродуктивная тренировка включает подготовительные психотерапевтические мероприятия (изучение личности больного и определение основных методов психотерапевтического воздействия), предварительные упражнения (дыхательная гимнастика, идеомоторные и релаксирующие тренировки мышечного аппарата) и собственно обучающий курс аутогенной тренировки. Началу занятий во всех случаях предшествует вводная беседа, целью которой является ознакомление больного или психотерапевтической группы с методом аутогенной тренировки и создание атмосферы оптимального внутригруппового взаимодействия. В процессе предварительного этапа у пациентов вырабатывается определенный стереотип дыхательных движений, целенаправленно развивается способность к «оживлению» следовых (гаптических) образов, формируются навыки волевого расслабления поперечнополосатой мускулатуры. Значительное внимание уделяется управлению мимическими мышцами, как имеющими довольно обширное корковое представительство (упражнения «маска удивления», «маска гнева», «маска смеха», «маска трубача» и др.), а также управлению мышцами пальцев рук и кисти.

Необходимо подчеркнуть очень важное значение тренированной релаксации мышц лица, жевательных мышц и мышц кисти. При практическом проведении занятий с больными мы считаем целесообразным продемонстрировать рисунок, иллюстрирующий представительство движений в коре больших полушарий («гомункулюс» Пенфилда). На этом рисунке смещены все пропорции тела: огромная кисть и пальцы, огромное лицо. Остальные части тела представлены скупо. Здесь важно рассказать больным о положительном влиянии не только общей релаксации, но и дифференцированного расслабления отдельных мышечных групп, подчеркнуть, что в эмоциональных выразительных движениях непременно участвуют мышцы лица, жевательные, кисти, пальцев. Полезно сослаться на ряд примеров из обыденной жизни и из литературы. Так, можно посоветовать перечитать вновь новеллу Стефана Цвейга «Двадцать четыре часа из жизни женщины». Например, место, где описывается то, как миссис К. была поражена внешним выражением азарта игрока в казино. «Я не видела таких говорящих рук, где каждый мускул кричал, и страсть почти явственно выступала из всех пор». Лицо «...говорило на том же безудержном, немыслимо напряженном языке, что и руки… вокруг крыльев носа что-то непрерывно трепетало, словно под кожей перекатывались мелкие волны… Даже на расстоянии десяти шагов можно было видеть, как лихорадочно стучат зубы».

Упражнения первой ступени аутогенной тренировки в этой модификации усваиваются в течение 9—10 занятий гетеротренинга; таким образом, общий курс, с учетом 2—3 занятий в неделю, занимает 4—6 нед.

В процессе проведения обучающего курса была существенно снижена роль внушения, в том числе косвенного, и увеличено значение

индивидуализации ощущений пациентов на основе сенсорной репродукции.

На 1-м занятии, которое выполняют в положении лежа или полулежа в кресле (поза «кучера на дрожках» в этой модификации нами не применялась), пациентам предлагается выполнить «маску релаксации»: мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу, язык без напряжения прижимается к верхним зубам, нижняя челюсть слегка отвисает. Затем больные расслабляют мышцы затылка и шеи и предпринимают попытку распространить ощущение расслабления на мышцы туловища и конечностей.

На 2-м занятии выполняются упражнения, направленные на вызывание ощущений тяжести и тепла. В процессе вводной беседы обучаемым подчеркивается, что непременное условие всякого действия — это желание его совершенствования. Этот же тезис реализуется в формулах самовнушения, которые задаются врачом и мысленно повторяются пациентами:

«Я очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми!
Хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми!
Чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми!
Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми.
Руки и ноги тяжелые и теплые!»

Формулы самовнушения, как нетрудно заметить, укорачиваются от фразы к фразе, обеспечивая постепенный переход от мотивированного пожелания к императивному утверждению. В отличие от классической методики и большинства ее модификаций, упражнения, направленные на вызывание ощущений тяжести и тепла, не отделяются друг от друга, а формулы общего успокоения перед ними не применяются.

Целью 3-го занятия является ознакомление больных со специфическими ощущениями аутогенного состояния, практически не имеющего аналогов в обыденной жизни. В качестве демонстрации используется изменение восприятия фактора времени, обычное для фазовых состояний. После выполнения первых двух упражнений больные приступают к дыхательной гимнастике, которая проводится согласно словесному подсчету врача, осуществляемому в соответствии со следующей схемой:

I этап: $\frac{4}{4}2; \frac{4}{5}2; \frac{4}{6}2; \frac{4}{7}2; \frac{4}{8}2.$

II этап: $\frac{5}{9}2; \frac{5}{10}2.$

III этап: $\frac{6}{10}3; \frac{7}{10}3; \frac{8}{10}4; \frac{9}{10}4; \frac{10}{10}5.$

IV этап: $\frac{9}{10}4; \frac{8}{9}4; \frac{7}{8}3; \frac{6}{7}3; \frac{5}{6}2; \frac{4}{5}2; \frac{4}{4}1.$

где числителем показана продолжительность вдоха, знаменателем — продолжительность выдоха, и третья цифра обозначает длительность дыхательной паузы. Все упражнение состоит из 19 дыхательных циклов и занимает 5—5½ мин.

На 4-м и 5-м занятиях ощущения тяжести и тепла вызываются больным самостоятельно на основе сенсорно репродукции и самоприказа. Последовательность выполнения упражнений остается прежней. После выполнения дыхательной гимнастики добавляются формулы-самоприказы, направленные на вызывание ощущения глубинного тепла в животе, построение которых аналогично второму занятию:

«Я очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом!
Очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом!
Хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом!
Чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом!
Мой живот прогрелся приятным глубинным теплом!
Живот прогрелся приятным глубинным теплом.
Живот прогрелся приятным теплом.
Живот прогрелся!»

6-е занятие направлено на вызывание ощущений тепла в левой руке с его последующей иррадиацией (куда именно, больным не указывается, предоставляя это им самим) или генерализацией. Время выполнения предыдущих упражнений с учетом их усвоения к 6-му занятию несколько сокращается. Затем пациентам предлагается сосредоточить внимание на левой руке и представить, что она опускается в тепловатую воду. При этом подчеркивается, что в данном случае ничего не внушается, а главный акцент делается на воспоминании соответствующих ощущений. Одновременно с увеличением степени погружения руки в воду изменяется и образное представление температурного воздействия: «тепловатая вода — теплая — приятно горячая». Большинство больных обычно сообщает об иррадиации ощущений тепла в левую половину грудной клетки. В других случаях иррадиация может иметь самые неожиданные локализации, в определенной степени (с учетом отсутствия внушенных эффектов) выполняя роль диагностического приема и обнаруживая locus morbi: при психогенной импотенции у мужчин часто наблюдается иррадиация в области гениталий, иногда сопровождающаяся ощущениями спонтанной эрекции; «жар в затылке» коррелирует с шейно-корешковым синдромом остеохондроза и т. д.

7-е занятие также направлено на приобретение навыков воздействия на коронарное кровообращение, однако, если в основе 6-го занятия лежит сенсорная репродукция, то 7-е занятие строится на основе идеомоторных упражнений. В процессе 7-го занятия в соответствии с методикой образные представления, составляющие содержание предыдущего занятия, не используются. Обучаемым предлагается представить, что они ритмично сжимают левой рукой теннисный мяч. Темп движений задается врачом: на вдохе — «напряжение», на выдохе — «расслабление», избегая малейших проявлений реальных моторных

актов. Постепенно темп «движений» увеличивается уже индивидуально каждым обучаемым до пределов возможного. Затем по команде врача они резко прекращаются, и пациентам предлагается путем самонаблюдения установить характер возникающих ощущений. Многие при этом сообщают о чувстве заметной мышечной усталости и выраженном ощущении тепла в левой руке («рука горит») с иррадиацией в область сердца. Эти упражнения могут провоцировать тахикардию и даже болевые ощущения у ипохондрически настроенных больных и у лиц с органическими поражениями миокарда, поэтому применять их рекомендовалось с осторожностью. В последующем, учитывая ограниченность показаний и некоторые отрицательные эффекты, мы вообще отказались от использования 7-го упражнения при клиническом применении аутогенной тренировки.

Содержание 8-го занятия составляют упражнения, основанные на хорошо известном физиологическом факте, что ритм дыхания и частота сердечных сокращений до известной степени коррелируют рефлекторно. После предварительного объяснения связей ритма дыхания и частоты сердечных сокращений пациентам предлагается, используя пальпаторный контроль пульса, «подстроить» темп дыхания к пульсу в соотношении 4 или 6 к 1. Затем по команде врача пациенты несколько раз ускоряют и замедляют дыхание, одновременно контролируя динамику частоты сердечных сокращений. Этот прием осваивают, как правило, не более 60 % пациентов; в 14 % случаев при его выполнении нами наблюдалось появление болей в сердце. В связи с отмеченными отрицательными эффектами так же, как и предыдущее упражнение, 8-е занятие должно весьма осторожно применяться в клинических условиях, а у больных, страдающих кардиофобией, является, безусловно, противопоказанным. В процессе 8-го занятия большинство пациентов отмечают, что регуляция частоты сердечных сокращений гораздо легче реализуется в сторону замедления, что является еще одним подтверждением «ваготропности» приемов аутотренинга.

9-е занятие по своему целевому предназначению соответствует 6-му упражнению классической методики I. Schultz («Мой лоб слегка прохладен»). Оно выполняется пациентами после краткого повторения программы предыдущей тренировки на фоне «маски релаксации». Больные выполняют два-три в меру энергичных вдоха через рот в целях охлаждения слизистой, что отчетливее всего ощущается на языке. Далее следует обычное носовое дыхание, однако смена ощущений прохлады (на вдохе) и тепла (на выдохе) сохраняется. При длительной (1 — 1½ мин) фиксации внимания на этом ощущении оно начинает иррадиировать в верхнюю часть лица (лоб, окружность глазниц, щеки). Одновременно, как правило, появляются чувство свежести в голове и ясность мысли. Как было отмечено еще I. Schultz, это упражнение обладает стойким транквилизирующим воздействием и купирует вазомоторные головные боли. Однако назначение его больным должно быть строго индивидуальным, так как, по нашим данным, в 9,2 % случаев

пациенты вместо ослабления или купирования головных болей испытывают их усиление. Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиес рекомендуют в этих случаях «перенести» фиксацию внимания на фазу выдоха и вызвать образные представления тепла («прохладная ванна с теплым компрессом на лбу»).

9-м занятием заканчивается курс репродуктивной тренировки первой ступени. На 10-м занятии больным излагаются и демонстрируются приемы моделирования настроения с помощью сенсорных образов-ассоциаций. Например, врачом задаются ключевые слова «оранжевый апельсин». Больным предлагается мысленно повторять их, не вдумываясь в смысл. После нескольких мысленных повторов в воображении пациентов неизбежно возникает более или менее четкий зрительный образ оранжевого апельсина часто нереально больших размеров. Затем врач «подсказывает» цепь последовательных ассоциаций, ключевым словом в которых является «оранжевый» (цвет): солнечный свет, песок на пляже, поле ромашек и т. п. Посредством выбранного слова создается фон, затем образ и ситуация, которые «окрашиваются», «озвучиваются». Больным предлагается вжиться в специфические сенсорные ощущения, моделирующие определенную эмоциональную гамму, при этом часто отмечаются соответствующие изменения настроения. Если концентрация на «оранжевом» приводит, как правило, к повышению настроения, то концентрация на «зеленом» (лист — луг — свет) оказывает седативный эффект.

В комплексный курс репродуктивной тренировки, применяемой при лечении неврозов и кортико-висцеральных заболеваний, кроме приведенных 10 упражнений, входят приемы: самоутверждения, представляющие собой усиленный вариант целенаправленного самовнушения, ориентированного на создание стенического отношения к болезненным переживаниям («Я буду здоров!», «Я преодолею болезнь!» и т. п.); воспитание привычек, заменяющих болезненные ритуалы; специальные гимнастические упражнения, выполняемые с эмоциональной экспрессией; упражнения с воображаемыми предметами, способствующие активации целенаправленного внимания и концентрации волевых усилий; идеомоторные упражнения, наиболее эффективные при лечении логоневрозов, и функциональные тренировки (М. С. Лебединский), которые представляют завершающий этап лечения и реабилитации почти при всех формах неврозов.

Несмотря на то, что индекс эффективности лечения (ИЭЛ) в результате применения репродуктивной тренировки возрос на 20 %, а отсев из групп, по сравнению с классической методикой, снизился почти в 8 раз, следует признать, что репродуктивная тренировка не получила широкого распространения в клинической практике. Это, по-видимому, обусловлено как сложностью освоения методики начинающими специалистами, так и многочисленными нюансами техники ее проведения. В связи с отмеченными недостатками нами разработана комплексная методика психофизиологической и личностной саморегуляции,

включающая обучающий курс аутогенной тренировки, специальные методы индивидуальной психотерапии и психокоррекции, а также специальные (прикладные) методы психогигиенической саморегуляции, реализуемые на основе аутогенной тренировки. Основное внимание при отборе и разработке упражнений комплексной методики, наряду с учетом факторов терапевтической эффективности, было уделено простоте и доступности используемых приемов для широкого круга врачей, нейрофизиологов и психологов (см. гл. 5).

Другие модификации аутогенной тренировки

М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник несколько изменили классическую методику I. Schultz с целью получения более быстрого лечебного эффекта. В их модификации использовались приемы ауто- и гетеросуггестии. По мнению авторов, такая комбинация воздействий является более эффективной основой аутогенной тренировки. В этой модификации текст и содержание отдельных формул были изменены, внушающее воздействие осуществляется императивно, что, значительно снижая активирующее воздействие метода, в то же время позволяет получать достаточно хорошие терапевтические результаты при проведении аутогенной тренировки высокоавторитетным специалистом. Для предотвращения соматических осложнений исключены формулы самовнушений, адресованные к сердечной деятельности, которые, по мнению авторов, могут провоцировать коронароспазм. Ими была введена «расширенная формула покоя», описывающая ощущения, сопутствующие нормализации вегетативно-сосудистых реакций, которая многократно повторяется в процессе занятия. Курс аутогенной тренировки в модификации М. С. Лебединского — Т. Л. Бортник проводится в стационаре в течение 20 дней при ежедневном 20—25-минутном гетеротренинге под руководством владеющего методом врача. Важнейшей особенностью данной модификации является включение в психотерапевтический комплекс функциональной тренировки и практическое применение больными освоенных методов саморегуляции уже на ранних этапах гетерогенного курса.

Г. В. Зеневич и С. С. Либих впервые у нас в стране рекомендовали применение аутогенной тренировки в комплексном лечении алкоголизма. По их мнению, носителем комплексного воздействия метода является активное самовоспитание, основанное на приемах самовнушения и самоубеждения. Авторы отмечают достаточно высокую эффективность аутогенной тренировки в наркологической практике, что позволяет проводить ускоренные курсы лечения алкоголизма.

С. С. Либих, обобщая опыт коллективного и индивидуального применения метода, приводит ряд интересных клинических наблюдений и излагает модифицированные им приемы. Автор отмечает, что больные с преобладанием I сигнальной системы лучше усваивали упражнения (например, вызывание чувства тяжести), если представляемые ощущения неоднократно испытывались ими прежде (у спортсменов —

представление поднимания гири и т. д.). Для облегчения реализации ощущений тепла в солнечном сплетении С. С. Либих предлагает представление о глотках теплой жидкости — чая или супа. Автор сообщает о применении методики ускоренного обучения аутогенной тренировке на основе безусловнорефлекторного подкрепления (1-е упражнение — в сочетании с поднятием тяжести; 2-е — с опусканием руки в сосуд с теплой водой; 3-е — с глубокой диатермией солнечного сплетения и т. д.). В последующем, по мере освоения метода, безусловнорефлекторное подкрепление отменяется. Отказываясь от четкой последовательности упражнений (правая рука, левая рука и т. д.), С. С. Либих рекомендует уже на начальном этапе вызывать у больных «недифференцированные представления о тяжести всего тела», что, на наш взгляд, нецелесообразно, так как тренировка в четкой локализации вызываемых ощущений составляет один из существенных элементов системы аутотренинга (а в «направленной тренировке органов» — один из основных).

При сенсорной репродукции автор применяет принцип «незавершенной» или «намечающей» психотерапии, когда больному дается лишь какая-то деталь или несколько деталей, предоставляя ему самому конструировать на их основе сюжетные образы. Следует отметить, что этот прием, представляя собой в определенной степени ассоциативный эксперимент[1], может служить диагностическим методом. Аналогичные приемы использовались нами, рекомендовались W. Luthe и другими авторами. С. С. Либих также излагает некоторые теоретические подходы к применению конкурентных положительных «содержательных представлений» для ослабления психотравмирующих воспоминаний, указывает на «точки соприкосновения с аутогенной тренировкой» метода имаготерапии по И. Е. Вольперту.

В модификации В. Е. Рожнова и М. Е. Бурно (1975), применяемой авторами при лечении алкоголизма, существенное значение придается самовнушению. Обучение больных аутогенной тренировке начинается в стационаре сразу после того, как с помощью эмоционально-стрессовых гипнотических приемов выработана установка на трезвость. В последующем аутогенная терапия продолжается в амбулаторных условиях. Ссылаясь на W. Luthe и I. Schultz, авторы отмечают, что «алкоголики и наркоманы нуждаются в более индивидуальном подходе и более крепкой поддержке в начале лечения, нежели большинство других больных». В. Е. Рожновым и М. Е. Бурно применялся классический

---

[1] Методика ассоциативного эксперимента, применяющаяся с конца прошлого столетия, имеет длинную историю. Эту проблему, в том числе ее психологический смысл, активно исследовали еще Декарт, Гоббс, Спиноза, Лейбниц, Локк, а затем Юнг и мн. др. С учетом рассматриваемых проблем весьма интересным представляется сформулированный Б. Спинозой закон ассоциации: «Если человеческое тело подверглось однажды действию одновременно со стороны двух или нескольких тел, то душа, воображая впоследствии одно из них, тотчас будет вспоминать и о других». «Всякий переходит от одной мысли к другой, смотря по тому, как привычка расположила в его теле образы вещей». — В кн: *Б. Спиноза*. Избранные произведения. — М., 1957, т. 1, с. 423—424.

вариант аутогенной тренировки по Schultz, однако в сочетании со специальными формулами самовнушения. Основная цель аутогенных упражнений в этой модификации состоит в закреплении «отвращения к вкусу и запаху алкогольных напитков» (В. Е. Рожнов). Дважды в день больные проводят сеансы самовнушения, используя примерно следующие формулы: «Ужасно думать о прежнем пьянстве, тошнит. Теперь, когда я поправился, не позволю этой жуткой болезни вернуться...».

Авторы считают целесообразным обучать больных некоторым упрощенным элементам «высшей ступени» аутогенной тренировки, для того чтобы они могли при возникновении тяги к спиртному «вспомнить образно прежнюю пьяную жуть»: «как чуть не убил жену, отнимая деньги, как проснулся в вытрезвителе» и т. п. Учитывая то, что лучшие результаты при аутогенной терапии получаются, когда «формула-намерение» начинается со слов «Я знаю...», на заключительном этапе больным рекомендуется регулярное применение следующих формул самовнушения: «Я знаю, что уклонюсь даже от капли спиртного в любом виде, в любое время, при любых обстоятельствах, в любой ситуации; пусть пьют другие, но мне нет дела до спиртного». Сходные модификации аутогенной тренировки и рекомендации о включении ее в комплексную терапию алкоголизма содержатся также и в ряде других работ [Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х., 1981; Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А., 1983].

В модификации И. М. Перекрестова, названной автором «нейрососудистым вариантом» аутогенной тренировки, используются широкие словесные формулы суггестивного характера, направленные на вызывание у обучаемых образных представлений и связанных с ними ощущений. Обучение больных проводится в форме гетеротренинга. Используя классическую методику и частью заимствованные приемы, автор исключает упражнения по регуляции ритма дыхания и вызывания ощущения тепла в эпигастральной области, как не имеющие достаточных показаний. По понятным (после ранее изложенного) причинам с этим нельзя согласиться. Методика И. М. Перекрестова включает подготовительный период, обучение упражнениям, направленным на вызывание ощущений покоя, тяжести и тепла. Основной акцент делается автором на сосудистой релаксации. Широко применяется гетеросуггестия, например: «Я совершенно спокоен. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха. Все мое тело приятно отдыхает. Я чувствую приятную тяжесть в правой (левой) руке. Кровеносные сосуды правой (левой) руки расширились. Горячая здоровая кровь согрела мою правую руку. Я чувствую приятное тепло в правой руке. Аутогенная тренировка укрепляет мою нервную систему, ускоряет мое полное выздоровление». Использование таких пространных формул самовнушения сближает метод с гипносуггестивным воздействием, одновременно снижая его активирующий эффект.

Я. Р. Докторским (1975) с использованием элементов модификации И. М. Перекрестова предложена комплексная методика психотерапии

больных язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и хроническими холециститами, применяемая в процессе санаторно-курортного лечения. В данной модификации занятия начинаются как вариант аутогенной тренировки: самовнушение ощущений покоя, тяжести и тепла, на фоне которых осуществляется последующая гипнотизация. После наступления гипнотического состояния проводится гетеросуггестия, затем в течение 30 мин — «гипноз-отдых». Дегипнотизация задерживается на стадии поверхностной дремоты, в процессе которой данные в гипнозе внушения аутосуггестируются. «Выход» — посредством аутосуггестии. Автор отмечает, что с 1965 г. сначала в Ессентукской курортной поликлинике, а чуть позднее в Кисловодском санатории «Крепость» аутогенная тренировка была включена в комплекс курортного лечения и реабилитации больных [Докторский Я. Р., 1978]. Так же, как и И. М. Перекрестов, автор использует чрезвычайно широкие формулы суггестии, в 2—3 раза превосходящие по объему приведенные в описании модификации И. М. Перекрестова.

С учетом изложенного комплексная методика психотерапии Я. Р. Докторского, хотя и включает аутогенную тренировку, являясь вариантом ступенчатого гипноза по Kretschmer, может лишь условно рассматриваться в рамках данного метода.

Л. В. Кравченко (1976) была предложена модификация аутогенной тренировки для лечения больных неврастенией. Отмечая, что для этой категории больных «даже первые упражнения аутогенной тренировки являются большой нагрузкой», автор рекомендует начинать освоение методики с дыхательных упражнений, а лишь затем переходить к релаксации. Так же, как и в модификации Г. С. Беляева, формулы самоуспокоения не используются. Вызывание ощущений тяжести в руках и ногах объединяется в одном упражнении. В качестве самостоятельного упражнения выделяются тренировки в расслаблении мышц лица. На заключительном этапе больные обучаются приемам самогипноза, проводятся функциональные тренировки. По данным автора, в результате применения данной модификации значительное улучшение было достигнуто у 52,8 % больных, улучшение — у 30,2 %.

Особенности применения аутогенной тренировки у детей и лиц пожилого и старческого возраста

Достаточно хорошо известно, что эмоциональность человека достигает своего максимума в юности и затем несколько снижается с возрастом. Одновременно у лиц пожилого возраста значительно увеличивается длительность эмоциональных реакций, часто приобретающих характер состояний («статусов»), возрастает значение негативного эмоционального аффекта [Schulz R., 1982]. Большинство жалоб пациентов пожилого возраста, обращающихся к психоневрологу, условно можно разделить на 3 группы: обусловленные основным заболева-

нием, жалобы на нарушения сна и жалобы на расстройства, связанные с идеями снижения собственной значимости (последние особенно часто наблюдаются у лиц, выполнявших ранее активные социальные роли). С учетом возрастного снижения тонуса поперечнополосатой мускулатуры у пациентов пожилого возраста реализация ощущений тяжести наступает гораздо труднее, а основным терапевтическим приемом самовоздействия становятся самовнушение и рациональное самоубеждение. Больным этой группы, часто предъявляющим жалобы на бессонницу, следует разъяснить, что более короткий сон является физиологической нормой для лиц пожилого возраста, предостерегая их от «мучительного ожидания сна». Существенное значение в рациональной терапии должно отводиться адаптации пациента к положению и социальной роли пожилого человека одновременно с поощрением к посильной трудовой и социальной активности.

Обращаясь к рациональной психотерапии, можно привести ряд примеров поразительной работоспособности людей преклонного возраста. Так, многие из своих диалогов Платон составил в возрасте 80 лет. Катон в этом возрасте овладел греческим языком. Философ Теофраст в возрасте 100 лет продолжал публично преподавать свое учение о характеристиках. Софокл написал «Царя Эдипа», когда ему было 75 лет, а «Эдипа в Колоне» — в 89 лет. Архимед изобрел зажигательные зеркала в возрасте 75 лет. Леонардо да Винчи завершил всемирно известную «Джоконду» в 67 лет. «Сотворение мира» и «Времена года» созданы Гайдном на 67-м и 69-м годах жизни. Тициан написал «Битву при Лепанто» в 95-летнем возрасте. Дж. Верди в 73 года создал «Отелло», а в 80 лет — «Фальстафа».

Целесообразно подчеркнуть, что сохранение социально-трудовой и внутрисемейной активности должно непременно сочетаться с регулярными физическими упражнениями. Равно и занятия аутотренингом должны включать гимнастику, а также комплекс дыхательных упражнений. Что же касается тщательности, даже скрупулезности в выполнении советов врача, то наш опыт обучения пожилых людей позволяет отнести их к самым дисциплинированным пациентам. Люди стали жить дольше. По некоторым обоснованным данным, длительность жизни среднего человека при ее рациональной организации может достигать 100—120 лет. Желание жить дольше является естественным. Однако, мечтая о бессмертии, до 50 % людей часто не знают, как «убить» два выходных. Эта проблема особенно остро встает в пенсионном возрасте — периоде, иногда ошибочно понимаемом как бессрочный отпуск, на фоне которого может развиваться комплекс «никчемности существования». Терапия посильной занятостью должна в качестве обязательного компонента входить в комплекс психотерапевтических мероприятий при лечении лиц пожилого возраста.

Применение аутогенной тренировки у детей младше 12 лет, как правило, мало эффективно, так как метод, бесспорно, предполагает наличие определенной духовной зрелости пациентов. Примерно

к 5—6-классу у детей начинает формироваться осознанное отношение к своей собственной личности, начинают замечаться собственные недостатки и индивидуальные отличия, часто обусловливающие трудности взаимоотношений со сверстниками и в еще большей мере — со взрослыми. В то же время, как уже отмечалось, несмотря на все возрастающее внимание к гармоничному интеллектуальному и физическому развитию детей, крайне незначительное место отводится эмоционально-волевому воспитанию и совершенствованию эмоциональной регуляции. Часто приходится сталкиваться как с односторонним развитием в ребенке повышенной сенситивности, так и с излишней «стеничностью», одним из выражений которой является слабость способности к сопереживанию или культивированный эгоцентризм.

Еще раз подчеркнем, что обучаемость, как системное качество, наиболее выражена в детском возрасте. В процессе подготовительной беседы необходимо создать у детей правильную установку на занятия аутотренингом, стимулируя в них социально значимые наклонности, объясняя, что понятие здоровья включает не только физические компоненты, но и способность к регуляции интра- и интерперсональных реакций и отношений. Обучение аутотренингу детей, как правило, требует более интенсивных курсов. Так, С. Г. Файнберг (1979) рекомендует не менее трех ежедневных занятий длительностью по 2—5 мин. Учитывая высокую способность к образным представлениям у детей, основным приемом реализации упражнений надо считать сенсорную репродукцию, с последующим ступенчатым усилением фактора самовнушения на фоне релаксации. Значительное место при проведении аутотренинга у детей отводится сюжетной репродукции игрового содержания, воспитывающей смелость, решительность, умение преодолевать трудности и отрицательные эмоциональные переживания. Основным специальным приемом у детей является метод самовоспитания на базе аутогенной тренировки (см. гл. 6) в сочетании с приемами имаготерапии по И. Е. Вольперту. При терапии неврозов у детей аутогенная тренировка используется в комплексе с другими фармакологическими, физиотерапевтическими и психотерапевтическими средствами. При истерических реакциях следует постоянно следить за тем, чтобы проявления заболевания как в стационаре, так и вне его ни в коем случае не приносили ребенку прямой или косвенной «выгоды».

Существенная роль в изменении структуры и особенностей психоневрологической патологии у детей принадлежит акселерации. Как отмечают Е. М. Холодковская и Н. Н. Станишевская (1983), половое созревание, как и возрастная инволюция, наиболее уязвимы в смысле развития патологических реакций под воздействием неблагоприятных факторов среды. При этом, по мнению авторов, истерические реакции наиболее часто возникают на почве «диссоциированной формы акселерации», когда физическое развитие не соответствует интеллектуальному или интеллектуальное отстает от физического. По нашему мнению, в гораздо большей части случаев причина психоневрологической

патологии у юношества лежит несколько в иной плоскости — в разрыве между физической, интеллектуальной и личностной, социальной зрелостью.

В. А. Сергеев и соавт. (1983) разработали специальную методику комплексной терапии детей, страдающих неврозами, неврозоподобными и церебрастеническими синдромами, включающую 3 этапа:

I — подготовительный:

а) знакомство с индивидуальными особенностями личности ребенка и его заболевания, беседы об аутогенной тренировке и релаксации; б) комплектование групп из детей в возрасте от 6 до 14 лет; в) углубленное врачебное и психолого-педагогическое обследование с помощью функциональных проб и тестов.

II — основной период занятий.

Проводится в гимнастическом зале и включает комплекс упражнений, направленных на тренировку внимания, памяти, координации движений, а также упражнения на расслабление с элементами аутогенной тренировки. Авторами использовались специальные адаптированные формулы, вначале расширенные, с разъяснением, которые постепенно сокращались в процессе занятий.

III — заключительный.

Выполняется повторное врачебное обследование, дается задание на домашние занятия лечебной гимнастикой и аутогенной тренировкой, выдается памятка с формулами самовнушений.

Эта методика апробирована ее авторами при лечении 75 детей в возрасте 6—14 лет, страдающих различными формами психоневрологической патологии (контрольная группа — 45 детей с такими же забо еваниями). По данным авторов, применение аутогенной тренировки в комплексной психотерапии способствовало более выраженным положительным результатам лечения. В частности, у 81 % детей, страдающих заиканием, улучшилась речь (в контрольной группе — у 36 %); у 67 % снизились, а у 22 % полностью прошли навязчивые движения (в контрольной группе — 51 %); у 94 % нормализовался ночной сон, исчезли страхи, тревожность, замкнутость и невротическая анорексия (в контроле — 73 %); урежение энуреза отмечалось в опытной группе у 98 % детей против 82 % в контрольной группе. Сравнивая результаты психологического обследования до и после лечения, авторы отмечают, что в группе детей, применявших аутогенную тренировку, более выраженным было повышение результатов по интеллектуальным тестам.

При психотерапии детей нужно чрезвычайно внимательно относиться к изучению родителей (обязательно обоих). В отдельных случаях целесообразно провести их специальное обследование. Опыт показывает, что в целом ряде случаев психоневрологическая патология у детей связана с недостатками воспитания, особенностями характера и поведения родителей, с постоянной психотравматизацией в семье, о которых ребенок уже в 6—7 лет стыдится сказать правду врачу. В этих случаях путь к здоровью ребенка лежит не только через социально-гигиениче-

ские или психолого-педагогические мероприятия, а в гораздо большей степени требует проведения специальных корригирующих психотерапевтических курсов с родителями. И в этом плане пока остается только сожалеть, что в отечественной и зарубежной практике отсутствует опыт обучения и применения аутогенной тренировки в составе семьи.

Уделяя огромное внимание ранней, в том числе пренатальной, диагностике и лечению наследственных соматических заболеваний, мы до сих пор в очень малой степени и чаще лишь в теоретическом плане (за исключением грубой психиатрической патологии) признаем наследование черт темперамента и характера, которые, суммируясь с факторами ближайшего социального окружения и воспитания, могут обусловливать патологическое развитие личности.

Аутогенная тренировка высших ступеней

С точки зрения современных представлений, введенное Шульцем разделение аутогенной тренировки на «низшие» и «высшие» ступени (или, соответственно, АТ-1 и АТ-2) является в значительной степени условным. Если упражнения первой ступени создавались преимущественно в целях воздействия на вегетативно-соматические функции, то, приступая к созданию АТ-2, Шульц ставил задачу оптимизации высших психических функций и коррекции личностных нарушений. Рекомендуемые автором приемы требуют чрезвычайно длительного обучения, часто не имеют достаточной научной обоснованности, в значительной степени заимствованы из религиозной системы йогов и практики психоанализа. В связи с этими причинами упражнения высшей ступени не получили широкого распространения в лечебной практике и представляют скорее исторический интерес.

В то же время следует отметить, что отдельные элементы АТ-2 входят в большинство современных модификаций аутогенной тренировки.

Аутогенная медитация по I. Schultz

Основу АТ-2 составляет аутогенная медитация (meditation — англ., размышление, созерцание), само наименование которой явно указывает на связь с представлениями йогизма. Сущность этого приема заключается в последовательной тренировке процессов воображения (или, как сейчас иногда говорят, имаженитивных свойств личности), на основе которых в последующем осуществляются образное представление и нейтрализация аффективных переживаний. По Schultz, приступать к аутогенной медитации можно лишь после отличного усвоения базисных упражнений, критерием которого является способность быстро «входить» (за 20—30 с) и удерживать себя в состоянии аутогенного погружения[1] в течение часа и более. В абсолютном большинстве

[1] Аутогенное состояние — см. гл. 6.

случаев в состоянии пассивной концентрации у пациентов возникают различные сенсорные ощущения (аутогенные разряды), среди которых особое значение придается визуальным феноменам, т.е. облакообразным, в той или иной степени структурированным, окрашенным и черно-белым, статическим и динамическим зрительным образам, спонтанно возникающим при закрытых глазах. Тренировки пассивной концентрации являются подготовительным этапом к аутогенной медитации и, по Schultz, должны продолжаться около 8 мес.

Затем обучаемые приступают к первому упражнению медитации, задачей которого является фиксация спонтанно возникающих образных представлений, в частности, какого-то одного цвета, доминирующего в поле зрения. Через 2—4 нед. возможен переход ко второму упражнению медитации, сущность которого заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений («видение» заданного цвета), которые подсказываются врачом. Одновременно стимулируются ассоциативные процессы специфической направленности: «цвет — эмоциональные ощущения», например оранжевый — ощущение тепла, расслабления; черный — общая тревога и т. д. Длительность освоения второго упражнения — до 4 мес.

Третье упражнение заключается в вызывании образных представлений вначале изолированных предметов в обобщенном виде (например, «стул вообще»), а затем конкретных предметов с их «индивидуальными» отличиями (например, сломанный стул, старинное кресло) в определенных ситуациях, в том числе имеющих отношение к самому обучаемому (например, стул, на котором он сидит). В отдельных случаях в конце периода освоения третьего упражнения, который длится 4—6 мес., обучаемый может увидеть в представляемых ситуациях и самого себя, что является одним из критериев успешности.

После того, как обучаемый хорошо овладеет способностью к целенаправленной визуализации предметных представлений, он может переходить к четвертому упражнению, сущность которого состоит в вызывании образных эквивалентов абстрактных понятий, таких, как «счастье», «истина», «свобода» и т. п. Эти «эквиваленты» обычно глубоко индивидуальны, но всегда поддаются смысловому определению. У одних пациентов понятие «свобода» ассоциируется с «белой лошадью, скачущей по прерии»; у других — с «орлом, парящим в облаках»; у третьих — с небом и т. д. По мнению Шульца, конкретность эквивалента абстрактного понятия позволяет выявить бессознательное, хотя здесь речь скорее идет об особенностях мышления и индивидуального опыта. Скажем, у горца, никогда не бывавшего в прериях, на слово «свобода» скорее возникнет ассоциация с парящим орлом; у жителя Океании — с чайкой и т. д. Четвертый этап медитации осваивается в течение 1—1,5 мес.

В процессе пятого упражнения медитации осуществляется постепенный переход к проекции визуальных образов на себя путем концентрации на переживаниях личного характера: «ситуациях, связанных с возникновением желаний», «облагораживающих эмоциях» и т. п. Иногда

эти ситуации оказываются (спонтанно) развернутыми во времени и пространстве, а основным «действующим персонажем» нередко становится сам обучаемый. Проекция на себя является вообще наиболее частым случаем в ассоциативном эксперименте.

На шестом этапе пациент обучается целенаправленно вызывать образы других людей, вначале «нейтральные» или безличные (торговец, почтальон и т. п.), а затем эмоционально окрашенные образы людей, связанных с обучаемым теми или иными отношениями. Как правило, используются «крайние» типы эмоциональных отношений: симпатии — антипатии. При этом, как отмечает автор, возникающие образы носят несколько шаржированный, карикатурный характер за счет «подсознательного» подчеркивания или гиперболизации их приятных или, наоборот, отталкивающих (для пациента) свойств. Однако в процессе систематических упражнений эта эмоциональная гиперболизация постепенно смягчается, образы становятся все более спокойными и беспристрастными, что, по мнению I. Schultz, является показателем успешности освоения упражнения и свидетельствует о начале «аутогенной нейтрализации». Наши наблюдения [Панов А. Г. и др., 1980] показали, что при визуализации знакомых образов вначале «проявляются» наиболее характерные «контрастирующие» черты их внешности, а направленность гиперболизации чаще всего определяется особенностями индивидуальных отношений испытуемых к тому или иному образу. Основная задача шестого этапа состоит в «нейтрализации» возникающих значимых образов, что, как считал I. Schultz, способствует купированию прошлых аффектов.

Седьмое упражнение, или «ответ бессознательного», завершает комплекс аутогенной медитации. Овладев способностью к визуализации образов, обучаемый обращается сам к себе с вопросами, ответы на которые даются «не им самим» в виде вербализованных мыслей, а «подсказываются» спонтанно возникающими образами, которые затем вербально интерпретируются. Наиболее часто (в состоянии пассивной концентрации) ставятся вопросы: «Кто я такой?», «Чего я хочу?», «В чем моя главнейшая проблема?» и т. п. По мнению автора, возникающие при этом у обучаемых образы «удивительным путем формируются в представление истины» и дают «понимание истинного смысла» бытия. Естественно, что эти представления не выдерживают какой-либо критики и лишь отражают увлечение автора психоаналитическими концепциями и философией йогизма. Отсутствие методологической обоснованности, чрезмерная длительность обучающего курса, а главное — недостаточная и в ряде случаев сомнительная эффективность лечения являются причиной того, что аутогенная медитация не получила распространения ни у нас в стране, ни за рубежом.

Аутогенная терапия по W. Luthe

Соавтор Шульца по 6-томному руководству W. Luthe вводит новые элементы в структуру метода, объединяя классические и привнесен-

ные приемы общим названием — аутогенная терапия. Аутогенная тренировка по Schultz, как уже отмечалось, включает низшую и высшую ступени, а также применение «формул-намерений». Шульц не выделял в качестве самостоятельного приема специальные упражнения «направленной тренировки органов», однако эти приемы, бесспорно, им использовались, в частности у астматиков. В отличие от него, W. Luthe следующим образом структурирует систему аутогенной терапии: 1) стандартные аутогенные упражнения (соответствуют низшей ступени по Schultz); 2) аутогенная медитация (соответствует высшей ступени по Schultz); 3) аутогенная модификация, включающая: специальные упражнения для органов и формулы-намерения[1] (аналогичны приемам по Schultz и по Kleinsorge — Klumbies); 4) аутогенная нейтрализация, в которой выделяются: аутогенное отреагирование и аутогенная вербализация.

Таким образом, новыми в аутогенной терапии по W. Luthe являются приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенная вербализация. Эти методы были изложены автором в его книге «Correlationes Psychosomaticae» и составляет основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии, без основательного изучения которого, как считает сам Лутэ, понимание предложенного им метода невозможно[2]. Впрочем, следует признать, что, если отбросить некоторую туманность терминологии, рекомендуемые этим автором методы в значительной степени подобны разработанным нами приемам аутогенной психологической десенсибилизации и терапии памяти (см. гл. 6).

Аутогенное отреагирование по W. Luthe

Для нейтрализации отрицательных переживаний Лутэ использует приемы «повторения» тех же (или аналогичных) ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. При этом в процессе аутогенного отреагирования и воспроизведения психотравмирующей ситуации в состоянии аутогенного расслабления, по мнению автора, всегда наблюдается ступенчатое вскрытие структуры психической травмы,

[1] W. Luthe классифицирует формулы намерения на 5 типов: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушений «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме; «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие: например, «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные: например, «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные: например, «Я хочу писать как можно хуже» — используется при писчем спазме; 5) поддерживающие: например, «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — используется при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен. По нашему мнению, данная классификация является весьма условной и не вносит каких-либо существенно новых элементов.

[2] Это мнение было высказано Лутэ в письме к авторам книги «Autogenes Training» W. König, G. di Pol, G. Schaeffer и приводится во втором издании этой книги (Jena, 1983, S. 131).

причем более «глубокие» элементы появляются после более «поверхностных». Так же, как и при психоаналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Такой подход объясняется тем, что, обобщая 10-летний опыт применения метода, Лутэ считает, что мозг пациента «сам» знает, в какой форме и в каком порядке следует высказывать (или будет высказываться) «материал» при аутогенной нейтрализации. Автором подчеркивается, что при нейтрализации высвобождается (т.е. вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга.

В процессе сеанса аутогенного отреагирования не рекомендуется прерывать пациента, так как это может приводить к агрессивности, депрессии, страхам, головной боли и т. п. По Лутэ, при аутогенном отреагировании речь идет не о хаотическом процессе, а о процессе, строго программируемом, хотя эта программа и не всегда ясна для врача и самого пациента. Эти сложные и порой трудно дифференцируемые нагромождения вербальной информации Лутэ сравнивает с симфонией, в которой многие темы повторяются или варьируют, включая паузы, смену темпа и силы звука[1]. Автор отмечает, что для знатока окончание «темы» всегда очевидно. Для интерпретации разнообразных форм аутогенного отреагирования Лутэ использует, как уже отмечалось, достаточно туманную, частично заимствованную из психоаналитической практики необоснованную терминологию («тематическая регрессия», «тематическая конфронтация», «тематическая детерминация», «тематическая аналогия» и т. п.). Автор отмечает, что при перерывах в лечении (на неделю или даже месяц) «программа» вербализации начинается с того места, где она была прервана. Этим, по мнению Лутэ, еще раз подтверждается его предположение о том, что, очевидно, имеются «жесткие» программы вербализации эмоционально значимых тем, подчиняющиеся «центральному управлению».

Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах («аутогенная визуализация»). Наиболее простым способом определения окончания «обработки» темы является смена «мелькающих изображений» статическими картинами, которые, в конечном итоге, иногда вообще исчезают. В других случаях появляются поли- или монохроматические цветовые ощущения, не имеющие четких образных компонентов. При этом светлая окраска чаще свидетельствует об окончании, а темная — о перерыве в аутогенном отреагировании. Как отмечает автор, в определенной степени мозг пациента должен сам «сказать», что он закончил психотера-

---

[1] Наш опыт применения метода аутогенной терапии памяти, который, как уже отмечалось, в значительной степени подобен приемам, используемым Лутэ, позволяет сказать, что более точной для сравнения формой музыкального произведения является не симфония, а канон, когда все голоса исполняют одну и ту же мелодию, но не одновременно, а по очереди с некоторыми вариациями, причем каждый новый голос вступает раньше, чем закончилась мелодия предыдущего голоса.

певтическую работу. При необходимости, прерывание аутогенной нейтрализации рекомендуется делать только в период положительной или нейтральной фазы, т.е. когда вербализуемый материал и поведение пациента не содержат отрицательных эмоциональных компонентов.

В методике практического проведения аутогенного отреагирования по Лутэ можно выделить пять основных правил, или условий: 1) необходимость перехода (переключения) от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов), которые рассматриваются как управляемые мозгом разработки «мешающего» материала; 3) принцип психотерапевтического невмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания. «Если эти приемы применяются у пациентов, хорошо усвоивших стандартные аутогенные упражнения, — пишет W. Luthe, — то возникают разряды мешающего материала, которые свидетельствуют о невыявляемой другим путем биологической мудрости». По мнению автора, психофизиологическое состояние пациента улучшается, если врач предоставляет возможности для самонормализации деятельности мозга и позволяет выполнить его «собственную» терапевтическую программу.

Все высказывания пациента в процессе сеанса аутогенного отреагирования записываются на магнитофон, параллельно регистрируются особенности поведения, которые используются для интерпретации переживаний. В качестве дополнительных приемов используются: 1) прослушивание пациентом магнитофонных записей дома, которое направлено на усиление субъективных переживаний по механизму обратной связи; 2) самостоятельное переписывание содержания сеанса аутогенного отреагирования пациентом, в процессе которого он может дополнять его новыми элементами и воспоминаниями; 3) прочтение записи вслух с комментариями в присутствии психотерапевта, что, по мнению автора, способствует достижению окончательной нейтрализации.

Необходимость такой громоздкой и длительной работы объясняется пациенту и обосновывается тем, что только его собственный мозг может объяснить «собственную продукцию». В качестве направляющих рассуждения пациента используются следующие вопросы: 1) Что хочет мой мозг сообщить мне с помощью этого изображения? 2) Как это связано с определенными событиями моего прошлого? 3) Как это связано с настоящим? 4) Каковы возможные связи между прошлым и настоящим?

На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только по разрешению психотерапевта. Интервалы между сеансами, как правило, составляют 7—10 дней. Обсуждение протоколов аутогенного отреагирования, по мнению Лутэ,

способствует выработке у пациента привычки к самовыражению в присутствии врача и оказывает позитивный терапевтический эффект.

Аутогенная вербализация по W. Luthe

Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент заявляет, что сказать ему уже нечего (или что его мозг «пустой»). При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». Аутогенная вербализация, как правило, рекомендуется автором в случаях, когда по тем или иным причинам аутогенное отреагирование невозможно, или когда необходима лишь кратковременная психотерапевтическая помощь (преимущественно при эмоциональных нарушениях). Так же, как и в процессе аутогенного отреагирования, врач сохраняет нейтральность на протяжении всего сеанса, так как прерывание пациента может вызывать ощущения недомогания, снижение настроения, агрессивность и т. д.

При изложении приемов аутогенной нейтрализации по W. Luthe мы стремились по возможности сохранить терминологию автора, одновременно придавая ей принятую в отечественной психоневрологии смысловую интерпретацию. Очевидно, у специалистов не вызывает сомнения, что приведенные психотерапевтические приемы в ряде случаев могут быть достаточно эффективными. В то же время неубедительность аргументаций автора и использование для обоснования применяемых методов психоаналитических концепций без какой-либо их критической переработки, по-видимому, являются причиной того, что так же, как и аутогенная медитация, приемы аутогенной нейтрализации не получили широкого распространения в психотерапевтической практике как у нас в стране, так и за рубежом. По своей сути они представляют собой ассоциативный эксперимент, который был разработан еще в конце прошлого столетия, а в 1919 г. предложен К. Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема на фоне состояния аутогенной релаксации. Ассоциативный эксперимент широко использовался для исследования больных в нервной и психиатрической клиниках у нас в стране В. М. Бехтеревым, М. И. Аствацатуровым, А. Г. Ивановым-Смоленским и др.

***

Несмотря на значительное разнообразие в методике и технике аутогенных упражнений, рекомендуемых различными авторами, их объ-

единяют, прежде всего, тренирующий характер, выраженная направленность на стимуляцию и рациональное использование внутренних психофизиологических резервов организма и активацию системы личностной саморегуляции пациентов. Мы не склонны делить различные модификации на «хорошие» или «плохие», хотя, бесспорно, более заслуживающими внимания являются те из них, в которых предполагается комплексное психотерапевтическое воздействие, а методы психофизиологической саморегуляции сочетаются с приемами личностной психокоррекции. Уже упомянутое значительное разнообразие в методике и технике современных модификаций, разработка ряда перспективных направлений по их совершенствованию в первую очередь отражают огромный интерес к методу, а также то, что он находится в стадии своего становления и интенсивного развития.

Глава 4
ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Положительное влияние аутогенной тренировки на процессы восстановления психической и физической работоспособности, возможность с ее помощью регулировать эмоциональное состояние и повышать эффективность использования психофизиологических резервов организма, корригирующее влияние метода на индивидуально-психологические особенности личности дало основание многим авторам рекомендовать его к применению в целях психогигиены и психопрофилактики у здоровых людей.

Аутогенная тренировка в спортивной практике

Особенно широкое использование регуляции функционального состояния организма с помощью аутогенной тренировки нашла в спорте [Алексеев А. В., 1978; Филатов А. Т., 1979, и др.]. Изданная в 1982 г. под редакцией А. Т. Филатова книга «Эмоционально-волевая подготовка спортсменов» показывает, что аутогенная тренировка в настоящее время активно используется в психофизиологической подготовке легкоатлетов (И. И. Мстибовская), борцов и боксеров (А. А. Колешао), футболистов (Ю. Л. Хании), баскетболистов и волейболистов (Б. М. Шерцис), гимнастов (А. В. Криничанский, А. Г. Родионов), тяжелоатлетов (Е. П. Смаглий, Е. П. Щербаков), пловцов (В. М. Паламарчук), спортсменов, занимающихся подводным спортом (Л. П. Яцков), фехтованием (В. В. Кузьмин), спортивным ориентированием (С. А. Зубков, С. А. Леваковская), велосипедным, парашютным, стрелковым и мотоциклетным спортом (М. Ю. Руденко, А. Т. Филатов, Л. А. Кривонос, Г. Н. Соборнов).

Наиболее широкое распространение в спортивной практике получили «психорегулирующая тренировка» (А. В. Алексеев, Л. Д. Гиссен; А. В. Алексеев, В. Е. Рожнов), в более поздних работах именуемая как «психомышечная тренировка» [Алексеев А. В., 1978], и «эмоционально-волевая подготовка» спортсменов [Филатов А. Т., 1979; Филатов А. Т. и др., 1982]. Обе модификации достаточно полно изложены этими и другими авторами. Несмотря на некоторые порой существенные отличия «психомышечная тренировка» и «эмоционально-волевая подготовка»

спортсменов имеют много общего. В обоих случаях обучение проводится в форме гетеротренинга под руководством владеющего методом врача, психолога или тренера. В основе обучающего курса лежат упражнения в тренированной мышечной релаксации, вызывающей фазовые состояния в коре головного мозга. В последующем усваиваются упражнения, направленные на общее успокоение; целенаправленно развивается способность к сенсорной репродукции; используются приемы, направленные на повышение способности к самовнушению и активной реализации формул-самоприказов. Основные варианты применения аутогенной тренировки в спорте можно объединить в 3 комплекса упражнений: «мобилизующий», предназначенный для преодоления предстартовой апатии и перетренированности; «успокаивающий», применяющийся при повышенном предстартовом возбуждении, а также после соревнований; «усыпляющий», который используется в случаях напряженности и при нарушениях сна перед соревнованиями. Значительное внимание в названных модификациях уделяется обучению саморегуляции функций внутренних органов, главным образом функции дыхания, сердечной деятельности, а также идеомоторным тренировкам нервно-мышечного аппарата.

Психомышечная тренировка (ПМТ)

По мнению А. В. Алексеева (1978), в основе психомышечной тренировки лежат четыре компонента: «умение расслаблять мышцы», «способность максимально ярко, с предельной силой воображения, но не напрягаясь психически, представлять содержание формул самовнушения», «умение удерживать внимание на избранном объекте», «умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами». Обучение данной модификации аутогенной тренировки проводится в виде гетеротренинга. Автор отмечает, что в силу систематических спортивных тренировок, связанных с попеременным напряжением и расслаблением мышц, спортсмены обычно легко осваивают релаксирующие упражнения. Последовательное расслабление различных групп мышц начинается с рук. Используемая методика во многом сходна с приемами, разработанными Джейкобсоном. На вдохе мышцы медленно напрягаются («в половину максимальной силы»), одновременно суггестируется: «мои руки», затем следует задержка дыхания и удерживание мышечного напряжения в течение 2—3 с, после чего оно быстро сбрасывается и на фоне спокойного выдоха произносится: «рас-сла-бля-ют-ся...». Снова производится легкий вдох, при котором мысленно проговаривается союз «и...», а на замедленном спокойном выдохе суггестируется — «те-пле-ют...». Это самовнушение сопровождается представлением о растекающемся по рукам тепле. Таким образом, начиная с первого занятия, автор объединяет тренировки в мышечной релаксации с упражнениями, направленными на вызывание ощущений тепла. В последнем случае А. В. Алексеев рекомендует использовать образные представления струящейся по рукам теплой воды. В «окончательном»

варианте после нескольких тренировок (автор не определяет их количество) нужное состояние достигается при помощи следующей формулы самовнушения: «Мои руки полностью расслабленные, теплые, неподвижные». Напряжение мышц и дыхательные упражнения в «окончательном» варианте данной модификации не используются.

После освоения упражнений для рук обучаемые переходят к мышцам ног, шеи, лица и туловища. Выполнение упражнений строится по аналогичному принципу. Когда процесс «расслабления, согревания и обездвиживания» всех мышц освоен, обучаемые тренируются в достижении генерализованной релаксации (формула самовнушения — «Я расслабляюсь и успокаиваюсь»). Местоимение «Я» сопровождается вдохом, затем, как и на предыдущем этапе, напрягаются сразу все мышцы, и на 2—3 с задерживается дыхание, после чего с выдохом произносится «рас-сла-бля-юсь...»; на следующем коротком вдохе — «и...», на выдохе — «ус-по-ка-и-ва-юсь». По мнению автора, простота и стандартность основного принципа упражнений способствует тому, что психомышечный вариант аутогенной тренировки хорошо усваивается спортсменами. Основная цель обучающего курса состоит в развитии способности «входить в состояние контролируемой дремоты» и тренировке умения «сосредоточивать ненапряженное внимание на решаемой задаче» [Алексеев А. В., 1978, 1982][1]. Занятие завершается формулами: «Состояние глубокого покоя», «Весь мой организм отдыхает», «Я отдохнул и успокоился», «Самочувствие хорошее».

После освоения основных упражнений ПМТ спортсмены обучаются приемам самовоздействия, направленным на преодоление страха, борьбу с болью и вредными привычками, методам активизации, тонизации и мобилизации психофизиологического состояния, а также облегчающим засыпание. Отмечая, что при хорошей тренированности можно погружаться в самовнушенный сон на любое время и пробуждаться в строго установленное время, автор приводит интересные данные, полученные педагогом-психологом В. Б. Горским, юные спортсмены которого научились «засыпать на 5—8 с во время проплывания дистанции в бассейне, не теряя при этом ни скорости, ни направления». С учетом целевого предназначения ПМТ существенное внимание уделяется обучению приемам саморегуляции функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

При «настройке» на предстоящие соревнования активно используются образные представления, которые автор делит на 3 группы: представления «боевого состояния», «идеальное выполнение движений» и «представление ситуаций, в которых выступление было наиболее удачным». Рекомендуется облекать образные представления в «точную словесную оболочку», так как это усиливает их воздействие. В то же

[1] Отмечая роль этих двух процессов, автор (с. 82) пишет, что именно они являются «главными механизмами в большинстве существующих методов психической саморегуляции — от йоги и аутогенной тренировки до ПМТ», по-видимому, выделяя последнюю в самостоятельный метод, что, конечно, необоснованно.

время используемые в ПМТ формулы самовнушения достаточно пространны. В качестве примера приведем формулы мобилизующего самовнушения.

«Возникает чувство легкого озноба. Состояние, как после прохладного душа. Из всех мышц уходит чувство тяжести и расслабленности. В мышцах начинается легкая дрожь. Озноб усиливается. Холодеют голова и затылок. По телу побежали «мурашки». Кожа становится «гусиной». Холодеют ладони и стопы. Дыхание глубокое, учащенное. Сердце бьется сильно, энергично, учащенно...» и т. д. — всего 21 словесная формула, из которой мы привели 11.

Такое широкое использование аутосуггестии вряд ли можно считать обоснованным, особенно применительно к задачам «мобилизующих упражнений», направленных, как правило, на обеспечение адекватного и срочного реагирования в экстремальных условиях спортивного состязания.

Автор рекомендует применение аутогенной тренировки не только спортсменам, но и тренерам, аргументируя это высказыванием спортивного журналиста М. Блатина: «...Если во время борьбы за мяч получают ссадины и синяки спортсмены, то у тренеров шрамы больнее — они остаются на сердце». Бесспорно, эти рекомендации вполне обоснованны.

Система эмоционально-волевой подготовки (ЭВП) спортсменов

Система эмоционально-волевой подготовки состоит из 10 этапов [Филатов А. Т. и др., 1982], которые, однако, в конечном счете можно свести к 5 основным подзадачам: 1) изучение личностных качеств спортсмена; 2) обучение успокаивающему варианту аутогенной тренировки; 3) обучение мобилизующему варианту; 4) применение ЭВП до, во время и после тренировок и соревнований (здесь автором выделяются отдельные «этапы»); 5) работа над совершенствованием личных качеств с помощью ЭВП. Обучающий курс проводится под руководством психотерапевта или психолога (2—4 занятия гетеротренингом в неделю). Индивидуальные занятия проводятся ежедневно, как минимум 3 раза: сразу после пробуждения, не вставая с постели, во время перерыва на работе и перед сном. Вначале усваивается «успокаивающая часть» ЭВП. После вызывания «маски релаксации» спортсмен последовательно расслабляет мышцы шеи, груди, живота, спины, рук, ног, внушая себе: «Мышцы шеи полностью расслаблены. Мышцы груди полностью расслаблены» и т. д. Одновременно психотерапевтом суггестируется: «Вы чувствуете полное успокоение. Все мышцы Вашего тела расслаблены. Нет никакого желания двигаться. Ничто вас не беспокоит. Ничто вам не мешает. Полное спокойствие вы чувствуете во всем вашем теле».

Последняя модификация ЭВП (1982) представляет собой творческую переработку и адаптацию к особенностям спортивной деятель-

ности модификаций Г. С. Беляева и И. М. Перекрестова. Так, например, ощущения тяжести вызываются с помощью формул самовнушения в модификации Г. С. Беляева (используемых и нами в репродуктивной тренировке): «Я очень хочу, чтобы моя правая рука стала тяжелой», «Очень хочу, чтобы моя правая рука стала тяжелой» и т. д. до «Рука тяжелая». Однако между каждой фразой вводится «шепотный подтекст» (И. М. Перекрестов) психотерапевта. Аналогичным образом проводятся упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла или легкости: «Я очень хочу, чтобы моя правая рука стала легкой». Психотерапевт суггестирует: «Вы чувствуете, как ваше самовнушение быстро действует. Ощущаете легкость в правой руке. Правая рука все легче, становится легче левой. Чувствуете, что правая рука меньше опирается на постель. Она действительно становится легкой, почти невесомой. Вы продолжаете внушать легкость правой руке. Мысленно повторяйте за мной следующую формулу самовнушения: «Очень хочу, чтобы моя правая рука…» и т. д. Используя в нашей последней модификации сходные приемы, которые, как показывает опыт, действительно чрезвычайно эффективны, в то же время можно отметить, что рекомендуемые А. Т. Филатовым формулы гетеросуггестии несколько растянуты, а применение последовательно укорачивающихся формул самовнушения при их значительном временном и, как следствие, смысловом и процессуальном «отрыве» друг от друга не играет той роли, которая им отводится в модификации Г. С. Беляева и наших совместных последующих модификациях [Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1977].

В процессе ЭВП спортсмены обучаются приемам саморегуляции деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы, при этом также используются достаточно (иногда, по нашему мнению, даже чрезмерно) широкие формулы гетеро- и аутосуггестии, что в известной мере сближает применяемые методы с приемами самогипноза или ступенчатого гипноза. На заключительных этапах ЭВП с помощью психотерапевта, психолога и тренера спортсмен составляет индивидуальный план воспитания (шестой этап по А. Т. Филатову) необходимых ему черт характера и совершенствования личностных качеств (десятый, заключительный, этап). Близкие по содержанию приемы рекомендовались нами [Решетников М. М., 1981] и другими авторами [Агишева Н. К., 1979]. Они будут подробно освещены при изложении нашей собственной модификации. Существует еще несколько вариантов методики аутогенной тренировки, созданных применительно к спортивной практике [Могендович М. Р., 1967; Черникова О. А., Дашкевич О. В., 1970, Чирадзе Г. В., 1975, и др.]. Различия этих методик, как правило, связаны со спецификой того вида спорта, применительно к которому они разрабатывались.

Психокоррекция в спорте

Аутогенная тренировка в спорте используется не только в целях «оптимизации боевого состояния» спортсмена и повышения спортивной

результативности. Существенная роль отводится методу в коррекции невротических реакций, не так уж редко встречающихся в спортивной практике. Учитывая, что в спортивной медицине эти реакции не рассматриваются как патологические и, следовательно, не являются основанием для ограничений спортивной деятельности, специалистами в области прикладной психотерапии были разработаны свои, отличные от общепринятых, классификации невротических реакций [Филатов А. Т. и др., 1982]. Такой подход вряд ли является достаточно обоснованным и плодотворным. Скорее он противоречив. Так, например, высказывая мнение, что «невротические реакции спортсменов... не могут быть отнесены к неврозам», А. Т. Филатов и соавт. (1982), тем не менее, в предлагаемую ими классификацию включают «обсессии», «спортивные фобии» и т. д. Возникает вопрос: а если фобия будет, скажем, «водительская» или «водолазная»? Изменится ли от этого ее сущность?

Большинство отечественных авторов выделяют три основные формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний [Карвасарский Б. Д., 1980; Свядощ А. М., 1982, и др.]. В Международной классификации болезней IX пересмотра содержится 9 форм неврозов: невроз тревоги (страха), истерический невроз, фобии невротические, навязчивости, депрессивный невроз, неврастения, синдром деперсонализации невротический, ипохондрический невроз, другие невротические расстройства. В. Н. Мясищев, классифицируя неврозы по течению, выделял 2 формы: реактивную, связанную с психотравмирующей ситуацией, и невроз развития, определяющее значение при котором имеет структура личности. Рассматривая неврозы, В. В. Ковалев определяет 3 этапа развития заболевания: невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие. По-видимому, в предложенные схемы укладываются все известные в настоящее время формы неврозов, их синдромов и невротических реакций, в том числе и спортивных. Нам представляется, что и спортсмен не гарантирован от любой формы истинного невроза, если его преследуют неудачи. Что же касается астенических состояний утомления и переутомления в большом спорте, то они выступают исключительно частыми признаками экстремального напряжения нервной системы спортсмена. Дискуссионной является группировка таких расстройств, однако это не должно отражаться на лечебной тактике. Примером может быть сотрясение головного мозга у боксера от удара в голову, иногда с чрезвычайно тяжелым исходом. Эта закрытая травма мозга, как почему-то полагают некоторые тренеры и даже спортивные медики, «теряет» свое патологическое звучание, если при ее обозначении ограничиться термином «нокаут».

В настоящее время спортивной медициной накоплен значительный опыт по изучению влияния аутогенной тренировки на психофизиологическое состояние здоровых людей. В частности, было выявлено, что обучение здоровых людей аутогенной тренировке должно носить характер гетеротренинга, однако при этом подчеркивается особая роль самостоятельных занятий в усвоении упражнений [Филатов А. Т., 1975;

Алексеев А. В., 1978]. Это обусловлено тем, что, как показали исследования, у здоровых людей аутовнушаемость преобладает над гетеровнушаемостью. Специалисты отмечают, что методы обучения должны быть простыми и доступными, а словесные формулы — конкретными и всегда включать указание об ожидаемом результате. В многочисленных исследованиях было показано, что под влиянием аутогенной тренировки происходит повышение физической выносливости спортсмена, улучшаются показатели времени реакции и скорости восприятия, повышается мотивация и волевые качества спортсмена. Важное значение придается коррекции с помощью аутогенной тренировки особенностей личности спортсмена [Филатов А. Т. и др., 1982]. При этом аутовоздействие в первую очередь направлено на мотивационные установки, черты характера и темперамента, которые в основном определяют психическое состояние и реактивность в сложных условиях соревновательной деятельности. Широко применяется в спорте отработка предстоящих физических упражнений на уровне воображения в состоянии аутогенного расслабления («идеомоторная тренировка»).

В работах многих авторов было показано, что при использовании аутогенной тренировки происходит более полное и быстрое восстановление работоспособности, снижается излишнее нервно-эмоциональное напряжение, улучшается настрой на деятельность, повышаются мотивация к достижению успеха и спортивная результативность. Большинство авторов подчеркивают особую роль мышечного расслабления в купировании и коррекции явлений перевозбуждения, страха и апатии перед соревнованиями и стартами. При этом под влиянием целенаправленного аутовоздействия отмечается нормализация основных физиологических показателей и оптимизация психофизиологического реагирования. Разрабатываются вопросы психической саморегуляции спортсменов с учетом особенностей их характера и темперамента. В частности, исследования Б. А. Вяткина показали, что у лиц с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности лучший эффект оказывают упражнения, направленные на мобилизацию психофизиологических резервов организма, в то время как у эмоционально-возбудимых людей целесообразно использовать приемы, направленные на повышение чувства уверенности в себе, в своих силах и возможностях, а также методы коррекции повышенного эмоционального напряжения.

Кроме аутогенной тренировки, в спортивной практике активно используется ряд других психотерапевтических методов и приемов; гипноз [Кузьмин В. В., 1982; Шерцис Б. М., 1982], приемы «прямой и непрямой деактуализации соперника», «снятия запрета на ошибку и поощрения силовой борьбы». Многие разрабатываемые в рамках спортивной медицины методы психической саморегуляции и психологической подготовки могут активно использоваться в целях профессионально-психологической подготовки различных специалистов. В частности, можно назвать методику «эмоционально-волевой тренировки» парашютистов [Соборнов Г. Н., 1982], метод «средовой адаптации»

с использованием аутогенной тренировки, предложенный Л. П. Яцковым (1982) для психологической подготовки спортсменов-подводников, приемы психологической подготовки гонщиков [Мартыненко А. А., 1982] и др.

Применение аутогенной тренировки в спорте, получившее широкое распространение у нас в стране и в других странах Европы, пока еще с оттенком скептицизма воспринимается некоторыми американскими специалистами. Так, B. Cratty в переизданной у нас книге «Психология в современном спорте» (1978, 130), отзываясь о методе прогрессирующей релаксации и аутогенной тренировке, пишет: «Этими методами иногда пользуются сами спортсмены, в других случаях они применяют их под руководством специалистов, однако, насколько мне известно, до сих пор нет достаточно систематических исследований, которыми бы подтверждалась или отрицалась эффективность этих методов в спорте». По-видимому, можно выразить только сожаление по поводу недостаточной информированности американского коллеги.

В целом, в настоящее время уже не вызывает сомнения положение о том, что *при равенстве физической подготовленности и одинаковом уровне тренированности психическая готовность и способность к психофизиологической мобилизации становятся одними из решающих факторов победы* и преодоления «соревновательного стресса».

Профессионально-прикладное применение аутогенной тренировки

Профессионально-прикладное и психогигиеническое применение аутогенной тренировки, на возможность которого указывал еще I. Schultz, получило наиболее широкое распространение в последние два десятилетия. Среди многочисленных производственных факторов, которые могут способствовать развитию психоневрологической патологии, по-видимому, целесообразно выделить три основные группы: повышенное нервно-эмоциональное напряжение, гипокинезия и частичная сенсорная депривация, хронобиологические факторы.

Аутогенная тренировка при повышенном нервно-эмоциональном напряжении

Внимание исследователей и практических врачей в первую очередь привлекло состояние специалистов, деятельность которых связана с повышенным нервно-эмоциональным напряжением, высокой ответственностью и воздействием экстремальных факторов труда и обитания: операторов (Ф. П. Космолинский, Ю. Ф. Исаулов, Н. Н. Лебедева); водителей электро- и тепловозов (Н. Д. Лукьянова, А. Л. Гройсман), водолазов (А. М. Свядощ, Ю. Б. Шумилов), парашютистов (Л. П. Гримак, М. М. Решетников, Г. Н. Соборнов), летчиков (В. Л. Маршщук, К. И. Мировский, Д. И. Шпаченко, В. С. Лозинский, Л. П. Гримак,

М. М. Решетников, В. М. Звоников, В. С. Лобзин и др.), космонавтов (Л. П. Гримак, М. А. Мильхикер, Ю. Г. Перевертов), работников ответственных государственных учреждений (В. А. Караева, Т. В. Харшинская, М. А. Акинчиц) и некоторых других. В Ленинграде, на объединении «Электросила» еще в 1970 г. аутогенная тренировка впервые была применена в целях производственной психогигиены у работников массового механизированного производства.

Значительное внимание профессионально-прикладному применению аутогенной тренировки уделяется зарубежными специалистами (D. Müiller — Hegemann, H. Klotz и др., K. Hoppe, K. de Bousingen, M. Rouet, T. Abel, R. Metraux и др.). Исходя из того, что современная жизнь в крупных административных и промышленных центрах нередко вызывает повышенное нервное и эмоциональное напряжение, многими специалистами было предложено организовать так называемые «центры релаксации» на производстве. В таких центрах в течение 10—15 мин рабочие и служащие могли бы ежедневно заниматься аутотренингом, пользуясь приемами поддержания «психического тонуса» и «психической зарядки». На некоторых крупных промышленных предприятиях, например, во Франции, проводятся специальные курсы аутогенной тренировки как для рабочих, так и для руководящего административного состава (P. Sivadon).

Du Kant de Bousingen, с успехом применяющий аутогенную тренировку с профилактическими целями у «высших чинов индустрии», отмечает существенное повышение эффективности метода при сочетании гетерогенных тренировок с лекциями по проблемам управления людьми и межличностного общения. В Австрии на отдельных поточных линиях непрерывного производства метод применяется в виде «аутогенных пауз» в процессе работы. В некоторых странах (ПНР и др.) массовое обучение населения приемам аутотренинга проводится с использованием телевидения и радиовещания. В Ленинграде в Центральном лектории общества «Знание» для населения на протяжении ряда лет читается цикл лекций по психогигиеническому применению метода. Все более широкую популярность применение метода приобретает и в других крупных промышленных и культурных центрах.

Наблюдения многочисленных авторов у нас в стране и за рубежом показали, что применение аутогенной тренировки у различных специалистов способствует выработке привычки к самоконтролю, к самонаблюдению за внешними проявлениями эмоций, умению самостоятельно преодолевать эмоциональную напряженность, самостоятельно организовывать такое самочувствие и поведение, которое наиболее рационально в каждом конкретном случае. Это способствовало улучшению социально-психологического климата, повышению сплоченности, мотивации и внутригруппового взаимодействия, некоторому снижению профессиональной заболеваемости психоневрологического профиля, увеличению производительности и качества труда, в том числе в условиях сложной или опасной деятельности [Свядощ А. М.,

Шумилов Ю. Б., 1973; Решетников М. М., 1978, 1981; Лобзин В. С. и др., 1982, и др.]. Кроме отмеченных социально-психологических эффектов, наблюдения над здоровыми людьми показали, что аутогенная тренировка оказывает существенное влияние на психофизиологическое состояние человека, повышая помехоустойчивость, способность к концентрации внимания, скорость простых и сложных реакций, объем кратковременной и длительной памяти.

Наши собственные исследования [Решетников М. М., 1978, 1981] по лонгитюдному применению аутогенной тренировки и специальных методов психогигиены и психокоррекции у здоровых людей позволили выявить существенные изменения некоторых индивидуально-психологических характеристик у лиц, регулярно использующих этот метод. В частности, у них становились менее выраженными раздражительность, тревожность, улучшалось качество сна и самочувствия. Наблюдались снижение общей невротизации личности и повышение экстравертированности, решительности и уверенности в себе, что способствовало стабилизации поведенческих реакций, улучшению социальной адаптации и способности к психофизиологической мобилизации. При медико-физиологических исследованиях наиболее отчетливый позитивный эффект отмечался в динамике показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Использование добровольного принципа вовлечения в группы для занятий аутогенной тренировкой позволило нам выявить, что в среднем до 47 % здоровых лиц испытывают осознанную потребность в коррекции своего нервно-эмоционального состояния и некоторых особенностей личности. Основными «субъективными» побуждениями к освоению аутогенной тренировки у обследованных здоровых людей, как правило, являются повышенная эмоциональность, склонность к неустойчивости настроения, тревожность, затруднения в профессиональной или социальной адаптации, утомляемость и особенности труда.

Весьма интересными представляются данные об отличиях выраженности психоэмоциональных проявлений и индивидуально-психологических особенностях здоровых лиц, которые после вводной лекции о возможностях и позитивном влиянии аутогенной тренировки принимали решение о необходимости ее применения, и тех людей, которые проявляли относительное безразличие к методу. Применение клинико-психологических методов исследования показало, что лица, проявляющие осознанную мотивацию к освоению аутогенной тренировки, имеют достоверно более высокие (но тем не менее в 92 % случаев не превышающие границ нормы) показатели по шкалам 2, 4, 7, 8 СМИЛ (адаптированный вариант MMPI), по шкале нейротизма H. Eysenck, по шкалам реактивной и личностной тревоги Спилбергера — Ханина и более низкие показатели по факторам C, E, H 16-факторного личностного опросника R. B. Cattell (рис. 10, 11). Приведенные данные могут использоваться в целях психологической диагностики, а динамика отмеченных показателей может служить в качестве критериев эффек-

тивности аутогенной тренировки как у здоровых лиц, так и у пациентов с различной патологией.

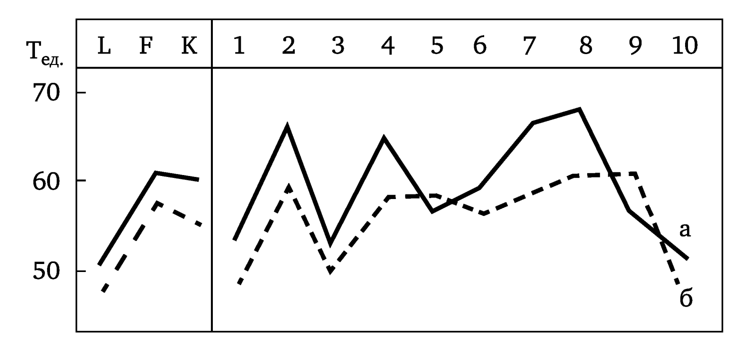

Рис. 10. **Профили СМИЛ 117 практически здоровых лиц, испытывающих осознанную потребность в аутогенной психокоррекции (а), и 76 лиц, проявляющих относительное безразличие к методу (б):**

L, F, K — оценочные шкалы; 1 —10 — основные шкалы

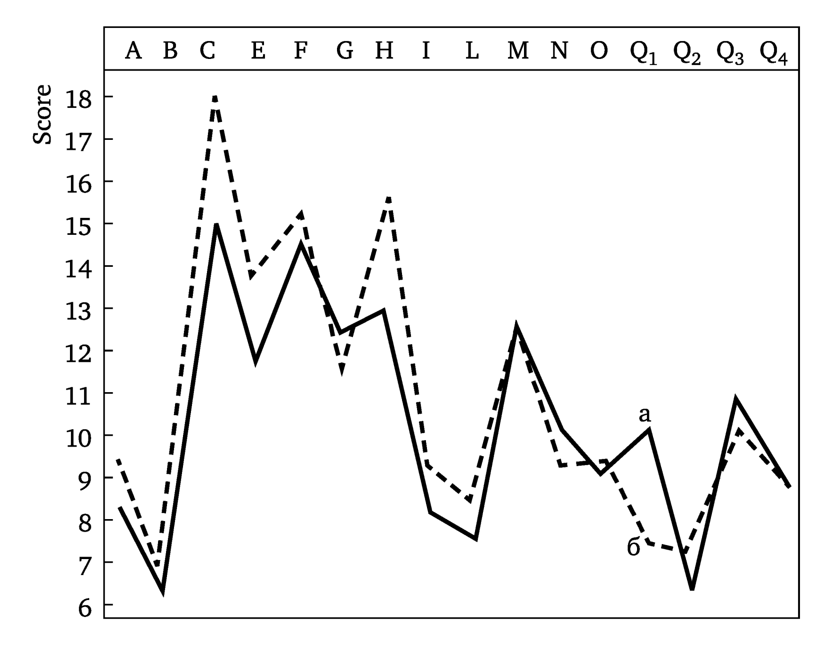

Рис. 11. **Усредненные результаты обследования с помощью 16-факторного личностного опросника 117 практически здоровых лиц, испытывающих осознанную потребность в аутогенной психокоррекции (а), и 76 лиц, проявляющих относительное безразличие к методу (б):**

числами обозначены «сырые очки» (Score), буквами — факторы

Применение метода при гипокинезии и сенсорной депривации

Гипокинезия, которую иногда определяют как «бич XX века», для некоторых профессиональных групп (водители автомобилей, тепловозов,

некоторые операторы, космонавты и др.) является одной из основных «профвредностей», вызывая порой выраженные психоневрологические расстройства.

Проведенные нами [Лобзин В. С., Михайленко А. А., Панов А. Г., 1979] в условиях моделирования 60—100-суточной гипокинезии исследования показали, что у здоровых лиц под влиянием длительного ограничения двигательной активности наблюдается этапное развитие нарушений высшей нервной деятельности: вначале расстройства сна и отдельные нарушения в эмоциональной сфере, затем — астения, невротические срывы, появление феноменов орального автоматизма, дискоординации движений и возникновение «синдрома межполушарной пирамидной асимметрии». Этот синдром, впервые описанный нами в 1968 г. (А. Г, Панов, В. С. Лобзин), отражая существенные нарушения церебральной нейро- и гемодинамики, проявляется в преимущественном угнетении функций доминантного полушария, в частности развиваются убедительные признаки преходящей правосторонней пирамидной недостаточности у правшей (и левосторонней — у левшей).

Наши исследования эффективности аутогенной тренировки в целях профилактики нервно-эмоциональных расстройств гипокинезогенной этиологии показали, что, в отличие от контрольной группы у испытуемых, регулярно применявших аутотренинг, не отмечалось каких-либо существенных нарушений сна и отклонений в эмоциональной регуляции; неврологические нарушения, в том числе и феномен межполушарной пирамидной асимметрии, или не развивались в течение исследуемого периода, или имели значительно меньшую выраженность. Таким образом, как показали исследования, целенаправленный аутотренинг способствует нормализации не только нейро-, но и гемодинамики головного мозга.

Частичная сенсорная депривация («сенсорный голод») часто сопутствует гипокинезии, оказывая потенцирующее влияние на развивающиеся нарушения. Длительное воздействие ограниченного числа однообразных раздражителей в условиях отсутствия других (или целенаправленного «отключения» от других) является одной из существенных характеристик труда операторов, осуществляющих функции слежения, работников поточных линий и некоторых других специалистов. Систематические экспериментальные исследования «синдрома изоляции» и гипокинезии и их влияния на личность и организм человека впервые поставлены в связи с изучением вопросов подготовки человека к космическим полетам. Однако, бесспорно, эти проблемы имеют ряд вполне «земных» аспектов, о которых уже было сказано. Специальные исследования «строгой» изоляции (достижение полной изоляции возможно лишь теоретически), при которых осуществлялось «выключение» зрительного, слухового анализаторов и проприоцепции (погружение в иммерсионную среду), а также изоляция в кабинах малого объема показали, что при этом выявляется ряд специфических изменений в состоянии человека: возникает апатия, немотивирован-

ная тревога, чувство страха, снижается способность к продуктивному мышлению, часто развиваются иллюзии и псевдогаллюцинации (преимущественно слуховые). По-видимому, аналогичную природу имеют и некоторые психические нарушения, которые можно объединить в группу «болезней одиночества», наиболее часто возникающих у лиц пожилого возраста, ведущих уединенный образ жизни.

В нашей предыдущей книге по аутотренингу (1980) уже сообщалось об опытах Бомбара и Линдемана, «невольном» опыте Бирда, который в течение 6 мес. находился один на отдаленной антарктической базе. Одиночное 119-дневное путешествие на лодке Линдемана заслуживает самого пристального внимания, так как оно было предпринято именно в целях доказательства возможностей аутогенной тренировки, в частности по регуляции нервно-психического состояния в условиях длительной изоляции и одновременного воздействия экстремальных факторов. По словам самого Линдемана, именно самообладание и психофизиологическая выносливость, развитые в результате систематического применения аутогенной тренировки, спасли его от гибели, когда на 57-й день путешествия во время шторма лодку опрокинуло, и он в течение 8 ч удерживался за скользкий борт.

Повышение под влиянием аутогенной тренировки общих адаптационных способностей организма и личности в настоящее время уже не нуждается в подтверждении.

Аутогенная тренировка в профилактике десинхроноза

Ставшие обычным явлением трансмеридианные перелеты, увеличение удельного веса непрерывных технологических процессов в промышленности и, соответственно, систем круглосуточного обслуживания существенно повышают значение мероприятий, направленных на поддержание оптимальной работоспособности и профилактику изменений психофизиологического состояния человека, наступающих в связи с рассогласованием между циркадными, геофизическими и биологическими, а также социальными ритмами. В ряде работ была показана связь между определенными фазами суточной активности организма и частотой заболеваемости и травматизма, в том числе несчастных случаев и аварий на производстве; установлено, что работа со сменным режимом труда часто сопровождается ухудшением самочувствия, нарушениями сна, изменением уровня функционирования физиологических систем (Б. С. Алякринский, А. Головачев, Ю. Гердий, В. А. Доскин, М. А. Котик, S. Folkard и др.). Физическая и умственная работоспособность при работе в ночное время снижается почти на 20 %, при этом более выраженные изменения умственной работоспособности наблюдаются у лиц с высокой амплитудой суточного ритма [Попов А. Н., Романов В. В., 1981]. Некоторые авторы отмечают, что от 10 до 20 % людей в силу индивидуальных особенностей и пониженной устойчивости ритмических процессов организма вообще не могут работать по сменному режиму [Доскин В. А., 1980].

Обследование летчиков и пассажиров межконтинентальных лайнеров показало, что длительность периода плохого самочувствия, связанного с перестройкой циркадных ритмов, составляет 12—15 сут. При регулярных трансмеридиональных перелетах у летного состава может возникнуть хроническая форма десинхроноза, сопровождающаяся нервными и психическими нарушениями, а режимы чередования кратковременных периодов сна и бодрствования при значительном отклонении от суточной цикличности дают незначительный позитивный эффект и могут быть использованы лишь в течение коротких отрезков времени, в отдельных случаях приводя к остро развивающимся срывам высшей нервной деятельности.

Использование аутогенной тренировки в качестве средства, способствующего повышению индивидуальной адаптации к деятельности в условиях измененной суточной цикличности было предложено Б. С. Алякринским, А. М. Свядощем и А. С. Роменом. По мнению указанных авторов, аутогенная тренировка способствует более эффективной синхронизации биологических, геофизических и социальных ритмов при их рассогласовании и компенсаторному последовательному повышению уровня бодрствования и психической активности. Существенное значение в механизмах компенсаторной адаптации отводится произвольному углублению и улучшению качества сна под влиянием аутогенной тренировки. Б. С. Алякринский считает, что адаптация к «сдвигу» режима суток происходит успешнее, если дополнительно используется релаксация по Джейкобсону — Стоквису и самомассаж. А. М. Свядощем и А. С. Роменом в специальных исследованиях по коррекции явлений десинхроноза было показано, что при перелетах из Москвы в Караганду (разница в три часовых пояса) скорость реадаптации к новому циркадному ритму и перестройка режимов сна и бодрствования при использовании аутогенной тренировки увеличиваются в 4—5 раз. Приведенные данные позволяют рекомендовать широкое применение метода в целях профилактики профессиональной патологии в условиях сменного труда.

Применение метода при обучении

В предыдущих главах при изложении работ различных авторов уже отмечались многочисленные позитивные эффекты аутогенной тренировки, выражающиеся в улучшении функции памяти, внимания и мышления. Попытки использования специфических особенностей фазовых состояний для восприятия и запоминания учебной информации известны с незапамятных времен. Еще Леонардо да Винчи, основываясь на опыте, рекомендовал своим ученикам лежа в постели повторять мысленно очертания предметов для лучшего закрепления их в памяти. В наше время опыты с гипнотическим внушением, субсенсорной суггестией в бодрствующем состоянии при обучении и воспитании также проводились неоднократно (А. М. Свядощ, В. П. Зухарь, Г. Лозанов и др.). Применение аутогенной тренировки в процессе обучения пока-

зало, что она, прежде всего, способствует лучшему восприятию информации, требующей запоминания (Э. Г. Рейдер, С. С. Либих, И. Е. Шварц, K. Uchiyama и др.). Более широко повышение обучаемости под влиянием аутогенной тренировки трактует А. С. Ромен. Рассматривая процесс обучения как явление общебиологическое, обеспечивающее приспособление к постоянно меняющимся условиям внешней среды путем информативного обмена, автор считает, что использование аутогенной тренировки позволяет проводить обучение более насыщенно и с более стойким результатом за счет активации целевого воздействия и уменьшения дезорганизующего влияния параллельно протекающих потоков информации.

Однако только проблемами обучаемости не исчерпываются все аспекты применения аутогенной тренировки в средней и, особенно, в высшей школе. Анализируя заболеваемость студентов некоторых вузов, Б. А. Бараш (1983) пишет, что от 47 до 57 % академических отпусков приходится на «функциональные расстройства нервной системы и психические заболевания», преимущественными причинами которых являются выделяемые автором 4 типа типичных кризисных ситуаций: кризисы профессионального выбора, кризисы сексуальных отношений, кризисы зависимости от семьи, кризисные ситуации в академической деятельности. Для ознакомившихся с предыдущими разделами настоящей книги целесообразность применения аутогенной тренировки в этих случаях, по-видимому, не вызывают сомнения. Проблемы «психологической службы вуза», неоднократно обсуждавшиеся на многочисленных конференциях, симпозиумах и съездах, конечно, требуют решения. Авторы данной книги считают, что преподавание основ саморегуляции в высшей и даже средней школе было бы весьма целесообразным.

Аутогенная тренировка как метод стимуляции способностей и творчества

Всякому мыслящему ученому, которому приходилось решать малые или большие проблемы, знакомо состояние, когда какая-то интуитивно формирующаяся идея, решение задачи или даже интегральное выражение уже принятого решения никак не удается сформулировать, хотя реально присутствует специфическое ощущение, что вербальное выражение проблемы где-то уже «на пороге», что оно уже «созрело» и актуально присутствует в сознании. Так же знакомо, по-видимому, и ощущение, когда перед сном или пробуждением решение вдруг совершенно ясно формулируется, заставляя вскакивать с постели и записывать, пока «просветление» не угасло. К сожалению, отсутствие в современной науке обоснованных представлений о механизмах интуитивного творчества не позволяет пока излагать их иначе, как на описательном уровне. В то же время в приведенном примере последний момент является чрезвычайно важным, так как он связан именно с *релаксостимуляцией механизмов вербализации интуитивных представлений.* Днев-

ная «направленность внимания» и ограниченность творческого поиска «пределами реального», как уже отмечалось, отступают в процессе релаксации.

Вторым компонентом аутогенной стимуляции творчества является повышение под влиянием самовнушения веры в свои возможности и изменение самооценки личности. В значительной степени эти приемы родственны методам «гипнотического внушения образа высокоталантливой личности», которые позволяют, как пишет Л. П. Гримак (1978), устранить защитные тенденции, сковывающие творческие возможности, перестраивают мотивационную структуру, меняют установку и уровень притязаний, а также сам стиль мышления. Рассматривая способности как единство врожденных и приобретенных свойств личности, следует подчеркнуть, что прежде, чем приступать к стимуляции тех или иных способностей, необходимо вначале установить их наличие и имеющийся уровень развития. Так, опыты В. Л. Райкова с внушением образа высокоталантливой личности, например выдающегося художника или музыканта, показали, что реализация внушения возможна только на основе выраженной мотивации к достижению успеха и наличия соответствующего уровня специфических навыков.

***

Стандартных приемов или рекомендаций для преодоления нежелательных воздействий тех или иных факторов труда или способов стимуляции физической и психической работоспособности не может быть принципиально, так как не только эти воздействия чрезвычайно вариабельны и часто действуют комплексно, но и их индивидуальная значимость необозримо широка. Десинхроноз полярников не идентичен десинхронозу летчиков или моряков-подводников; сенсорная изоляция космонавта отлична от изоляции стоящего на посту часового; стимуляция мышления и памяти, предпринимаемая накануне зачета, несравнима с аналогичными явлениями при решении важных научных проблем и т. д. В каждом конкретном случае исследователь или врач, применяющий аутогенную тренировку, должен исходить из стоящих задач и индивидуализировать применяемые методы. В качестве общего заключения по данной главе следует отметить, что области применения аутогенной тренировки у здоровых людей постоянно расширяются.

Глава 5
ОБУЧАЮЩИЙ КУРС АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Комплектование групп для гетерогенных тренировок

Аутогенная тренировка, хотя и может применяться индивидуально, большинством авторов все же относится к методам коллективной психотерапии. Однако ее отличительной особенностью от других коллективных методов является то, что, усваиваясь в процессе групповых занятий, терапевтическое воздействие метода реализуется преимущественно в процессе индивидуального применения.

Групповая аутогенная терапия в большинстве случаев более эффективна за счет механизмов взаимоиндукции и более экономична, так как позволяет одновременно охватить лечебным воздействием несколько больных. Особенность гетерогенной тренировки как коллективной методики заключается в том, что существенным компонентом терапии становится межличностное воздействие. При этом не только врач влияет на больных, но и сами пациенты вступают во внутригрупповые отношения, влияя друг на друга и на врача, проводящего тренировки. Это взаимное влияние больных («эгротогения») может быть как положительным, так и отрицательным (С. С. Либих и др.). Негативизм даже одного больного, особенно по отношению к руководителю занятий или к самой аутогенной тренировке, может приводить к существенному снижению эффективности и дискредитации метода. Поэтому при комплектовании групп необходимо в первую очередь учитывать такие факторы, как наличие или отсутствие антипатий между больными, доверие и чувство симпатии к руководителю тренировок, уровень мотивации к освоению метода. Последний часто зависит от выраженности желания больного избавиться от своего страдания. Достаточно хорошо известно и уже отмечалось, что ряд симптомов в клинике истерии часто носит характер «условно желательных», а неосознаваемое ощущение «нетяжести» имеющихся расстройств не способствует успешной терапии, хотя в целом истероидные больные легко, но поверхностно усваивают метод. Лиц с низкой или неопределенной мотивацией к освоению аутогенной тренировки допускать к групповым занятиям нецелесообразно.

При выявлении антипатии между двумя членами группы, которая часто проявляется лишь на невербальном уровне, не стоит пытаться сглаживать ее. В этом плане, по-видимому, следует признать, что, «увлекшись» второсигнальным взаимодействием, мы пока слишком

мало знаем и мало изучаем проблемы физиологического взаимодействия между людьми. Лишь в последнем издании книги Г. С. Васильченко по частной сексопатологии (1983, II, 6) впервые высказывается мнение о том, что «вне зависимости от половой принадлежности один человек вызывает у другого безотчетную симпатию или антипатию». Эти данные, бесспорно, необходимо учитывать при комплектовании групп для гетерогенных тренировок.

Важной основой для комплектования групп является изучение личности больных и особенностей личностных нарушений. Наши наблюдения показывают, что лежащие в основе невроза интерперсональные (межличностные) конфликты лучше поддаются психотерапии при индивидуальной работе врача с пациентом, а интраперсональные конфликты более эффективно купируются при групповом применении аутогенной тренировки. Клинические наблюдения и изучение отклонений в нервно-эмоциональной сфере у здоровых людей позволяют высказать предположение, что существует два основных типа определенной индивидуально обусловленной предрасположенности личности «продуцировать» преимущественно интраперсональные или интерперсональные конфликты, независимо от характера воздействующего психогенного фактора. При этом, если в первом случае «агрессия» направлена на себя, наиболее часто реализуясь в виде депрессии, то во втором — отчетливо проявляется в нарушении межличностных отношений.

Совершение проступков, противоречащих базисным социальным и, прежде всего, нравственным установкам личности, как показывает наш опыт, является одной из достаточно частых причин невротических нарушений. Такие проступки часто характеризуются анонимностью ситуации их совершения и высокой трудностью вербализации[1]. Поэтому изучение личности пациента и глубокое скрупулезное исследование ее отношений составляет важнейшую задачу подготовительного этапа. Изучение структуры конфликта, явившегося причиной болезненных нарушений, является другой самостоятельной задачей.

Группа аутотренинга может считаться, по классификации С. С. Либиха, «временной», «замкнутой» (не меняющей своего состава), смешанной по характеру заболеваний, возрасту и полу. Не будучи склонными к формированию или подбору специализированных групп, как это делают H. Kleinsorge и G. Clumbies, мы полагаем, что группа должна быть все же достаточно однородной, чтобы все применяемые в процессе гетерогенных тренировок методы не имели противопоказаний по отношению к каждому конкретному больному. Желательно, чтобы

[1] Сущность таких эмоционально-нравственных нарушений в системе саморегуляции личности очень верно характеризует отрывок из Ницше («По ту сторону добра и зла», цит. по K. Leonhard, 1981): «Я сделал это — говорит мне память. Я не мог этого сделать — говорит мне гордость, остающаяся в этом споре неумолимой. И вот приходит момент, когда память, наконец, отступает». К сожалению, клиническая практика показывает, что память отступает далеко не всегда, даже по истечении десятилетий.

группа была в среднем однородной по образовательному и культурному уровню, а в случаях прикладного применения метода в условиях современного производства — и по иерархическому уровню обучаемых. Возрастная однородность не является обязательным условием, а половая однородность даже нежелательна. Каждая психотерапевтическая группа обычно имеет своего лидера, особый статус которого врач-руководитель тренировок должен умело и ненавязчиво поддерживать, одновременно утверждая во «временном» коллективе атмосферу доброжелательности, сочувствия и доверия. Количественный состав группы варьирует в достаточно широких пределах. Мы с успехом применяли аутогенную тренировку в группах из 5, 12, 15 и 25—30 человек. I. Schultz, как уже упоминалось, в отдельных случаях применял метод в группах до 70 человек. Однако более удобными, оптимальными, с точки зрения межличностного взаимодействия (врач — больной, пациент-пациент), являются малые группы (8—12 человек).

С. С. Либих, разработавший схему показаний к коллективно-групповым методам воздействия при лечении неврозов, во избежание отрицательной взаимоиндукции рекомендует комплектовать группы преимущественно из больных с различными синдромами и на разных этапах заболевания. Выполнение этих рекомендаций не всегда возможно по вполне понятным объективным причинам, особенно в условиях стационара, а в некоторых случаях и нецелесообразно. Нам неоднократно приходилось наблюдать выраженную положительную индукцию, когда хороший эффект аутогенной терапии у одного больного стимулировал мотивацию к методу и позитивные перемены в состоянии у другого, страдающего близким по характеру заболеванием. В то же время выделенные С. С. Либихом противопоказания для групповой психотерапии являются, бесспорно, обоснованными. Это — установочное поведение и рентные тенденции, эксплозивное и асоциальное поведение; любые расстройства сознания *и* актуальные бредовые идеи; припадки органического генеза (эпилептические, эпилептиформные, диэнцефальные); гиперкинезы, тики и другие двигательные нарушения; резко выраженные физические недостатки; сложные полиобсессии с системой ритуалов; соматические заболевания в состоянии резкой декомпенсации; синдром клаустрофобии; значительное снижение или недоразвитие интеллекта и памяти.

Если аутогенная терапия включена в комплекс методов лечения в стационаре, целесообразно иметь 3 группы для занятий: начинающих обучение, продолжающих и завершающих лечебный курс, т.е. целесообразно осуществлять «ступенчатое» формирование «непрерывных групп». Используя уже сложившуюся структуру межличностных отношений, высокую значимость для новых членов группы информации об эффективности метода, поступающей от «старожилов» (по силе психотерапевтического и мотивациогенного воздействия эта информация многократно превосходит влияние вводной лекции), можно существенно повысить действенность групповых занятий. Как показы-

вает опыт, весьма целесообразно включать в группу из 8—12 человек 2—3 пациентов из числа уже имеющих навыки аутотренинга, у которых освоение занятий протекало с высокой эффективностью. Обычно это существенно повышает успешность обучения всей группы.

Основные принципы групповой психотерапии, сформулированные С. С. Либихом (1969), по существу, сводятся к следующим: 1) формирование психотерапевтической группы является самостоятельной важной клинической задачей, решаемой на основе глубокого изучения личности больного; 2) главная задача групповой психотерапии — перестройка отношений личности больного путем сознательного само- и гетеровоздействия на основе перевоспитания; 3) коллективная психотерапия должна строиться с учетом тех клинических синдромов, которые обусловливают патологические изменения поведения; 4) применяемые методики (и формулы внушений и самовнушений) должны отражать их клиническую цель и направленность — патогенетическую и симптоматическую; 5) коллективная психотерапия качественно отличается от индивидуального метода и не может быть ему противопоставлена. Они должны сочетаться.

Индивидуальное применение аутогенной тренировки

Нами уже неоднократно отмечалось, что большинство авторов считают аутогенную тренировку преимущественно коллективным методом психотерапии. Однако в одних случаях возможности групповых занятий ограничены, а в других — занятия в группе противопоказаны.

К абсолютным противопоказаниям относятся те нозологические формы, при которых болезненные проявления могут отрицательно влиять на других членов группы (физические уродства[1], гиперкинезы различного происхождения, мозжечковые нарушения, паркинсонизм, недержание кишечных газов и т. п.). Во вторую категорию противопоказаний следует отнести больных, у которых наблюдается усиление болезненной симптоматики в присутствии посторонних лиц (исключение составляют логоневрозы, лечение которых более эффективно в группе). Относительным противопоказанием к групповой психотерапии являются случаи, когда больные в силу индивидуальных особенностей характера или соображений престижа не склонны к лечению в группе.

У неврологических и соматических больных, находящихся на постельном режиме, и у больных с парезами и параличами метод применяется индивидуально в связи с отсутствием возможности групповой психотерапии. Основными целями применения аутогенной тренировки у данной категории часто являются обучение биотоковому управле-

---

[1] При социально-психологической реабилитации с помощью аутогенной тренировки больных в ожоговой клинике это правило может быть нарушено.

нию, адаптивной саморегуляции и проведение идеомоторной восстановительной терапии методами обратной связи, которые будут изложены позднее. Существенно сужая комплекс психотерапевтических факторов, входящих в аутогенную тренировку (эффекты гетеро- и взаимоиндукции в группе), внегрупповое использование метода одновременно предоставляет широкие возможности для индивидуализации приемов воздействия с учетом личности конкретного больного и имеющейся патологии. Эти особенности налагают отпечаток как на содержание и объем вводной беседы, которая может проводиться фракционно, перед каждым занятием с больным, так и на последовательность и модификацию основных приемов применительно к их симптоматической или синдромологической направленности. В целях экономии времени индивидуальное обучение аутогенной тренировке целесообразно проводить, используя магнитофонные записи. При этом первое занятие по каждому упражнению проводится врачом, а два-три последующих, направленных на усвоение конкретных навыков, — с помощью магнитофонных записей, подготовленных тем же врачом. Освоение каждого нового упражнения проводится при непосредственном участии врача.

Методика и техника групповых занятий

Комплексная методика психофизиологической и личностной саморегуляции (модификация авторов данной книги)

Приступая к изложению собственной модификации, следует кратко остановиться на причинах ее создания. Объединяя разнообразные приемы, разработанные и апробированные нами в течение многолетних исследований, а также учитывая экспериментальный и практический опыт ряда других отечественных и зарубежных специалистов, мы стремились, прежде всего, преодолеть «узость» отдельных модификаций, в основе которых оказывались «преимущественно» то эффекты самовнушения, то релаксация, то сенсорная репродукция, и создать методику, в которой все основные элементы (и, соответственно, механизмы) аутогенной тренировки, как мы их понимаем и излагаем в настоящей книге, были бы равно представлены. *Этими основными элементами являются: тренированная мышечная релаксация, самовнушение, активация рефлексивной функции сознания и развитие способности к сенсорной репродукции, на основе которых реализуются все остальные эффекты аутогенного воздействия.*

Предлагаемая методика включает обучающий (обязательный) курс и специальные (лечебные и прикладные) упражнения и методы индивидуальной психогигиены и психокоррекции на базе аутогенной тренировки, применяемые дифференцированно по показаниям. Последние (специальные методы) включают в себя многие элементы того, что обычно называют «АТ-2» (высшие ступени аутогенной тренировки по Schultz), однако в их рациональном, лишенном некоторых оттенков

мистицизма, понимании. Вопреки широко распространенному, в том числе и среди отдельных специалистов, мнению, что освоение АТ-1 уже само по себе вызывает многочисленные положительные результаты, мы считаем, *что базисные упражнения аутогенной тренировки в значительной степени только развивают способность и создают возможности для целенаправленного самовоздействия, играя роль «инструмента», которым нужно еще научить пользоваться.* По-видимому, для большинства психотерапевтов, практикующих применение аутогенной тренировки в лечебных и прикладных целях, сказанное не является чем-либо новым. Таким образом, комплексная методика включает обучающий курс и специальные методы на базе аутогенной тренировки.

Перед началом занятий пациентам в доступной форме сообщают о роли психической деятельности и коры головного мозга в регуляции деятельности мышц, сердечно-сосудистой, дыхательной и других (в зависимости от нозологической представленности в группе) систем организма, после чего объясняют физиологические и психологические основы метода и его направленность в соответствии с решаемыми задачами клинического или профилактического применения. С учетом чистого «лекционного» времени и обычно следующих за этим многочисленных вопросов вводная лекция (беседа) длится 1—1½ ч.

После небольшого перерыва, в зависимости от качественного состава группы, условий проведения тренировки и времени суток, обучаемым предлагается принять одно из следующих положений (рис. 12):

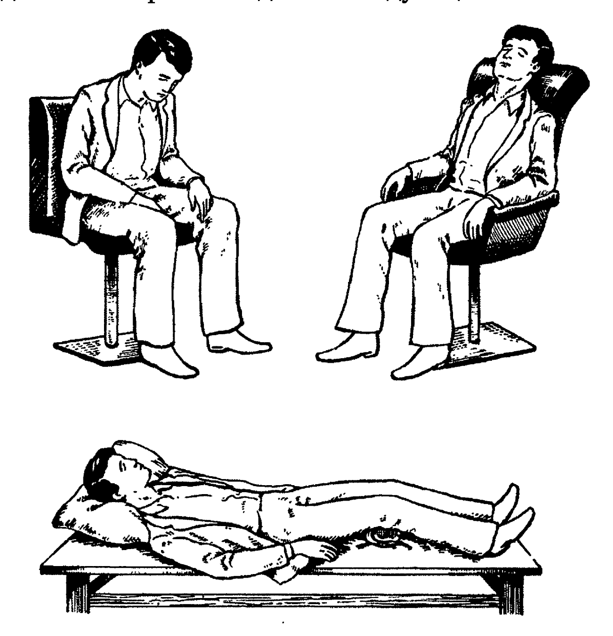

Рис. 12. **Основные положения (позы), используемые при проведении аутогенных тренировок:**

а — «поза кучера на дрожках»; б — «пассивная поза»;
в — положение лежа на спине.

1. Положение сидя — поза «кучера на дрожках». Обучаемый сидит на стуле, голова слегка опущена, предплечья свободно лежат на передней поверхности бедер, кисти свешены и расслаблены, ноги удобно расставлены.

2. «Пассивная поза» (поза «полусна в кресле», поза «полулежа в кресле») — пациент сидит в мягком кресле с прямой или (лучше) слегка отклоненной высокой спинкой. Затылок и спина удобно и мягко опираются о спинку кресла, руки расслаблены, лежат на подлокотниках, ноги немного расставлены.

3. Положение лежа на спине — пациент лежит на спине на мягкой кушетке или на постели, голова слегка приподнята на низкой подушке, руки свободно лежат вдоль туловища, несколько согнуты в локтевых суставах, ладонями вниз, ноги вытянуты и немного разведены носками кнаружи. Иногда для удобства под колени подкладывается мягкий валик. В условиях стационара упражнения можно выполнять лежа и на обычной больничной койке.

Во время всего обучающего курса на групповых занятиях целесообразно использовать какую-то одну из предложенных поз, так как со стандартным исходным положением аутогенных упражнений «рефлекторно связывается и весь заучиваемый процесс». В дальнейшем, после того, как обучающий курс закончен, можно выполнять самостоятельные упражнения и в иных позах, адекватных обстановке. В частности, при трехразовых ежедневных упражнениях работающие пациенты могут использовать в обеденное время позу сидя, а утром и вечером — лежа.

Общая схема и этапность групповых занятий

Наиболее часто обучающий курс проводится в форме гетеротренинга, осуществляемого под руководством владеющего методом врача. Коллективные, обучающие гетерогенные тренировки проводятся, как правило, через день, желательно в одно и то же, лучше вечернее, время, в специально оборудованном помещении. Самостоятельное повторение занятий (собственно аутотренинг) в процессе обучающего курса рекомендуется проводить ежедневно не менее 3 раз в день. *Таким образом, обучающий курс является коллективно-индивидуальным. Основная задача обучающего курса состоит в постепенном развитии у пациентов навыков самовоздействия.* Обучение по нашей методике осуществляется в течение 24—30 дней, при условии проведения трех-четырех гетерогенных тренировок в неделю (общий курс — 12 занятий).

В процессе коллективных занятий осваиваются базисные упражнения аутогенной тренировки и формируются основные навыки самовоздействия, преимущественно на эмоционально-вегетативную и мышечную сферы. Этим целям служат, прежде всего, упражнения в тренированной мышечной релаксации и упражнения вызывания тепла в конечностях с последующей генерализацией ощущений.

Являясь базисными, эти упражнения применяются с первого занятия до последнего при постепенном сокращении формул гетеро- и аутосуггестии. Например, если на первом занятии (и последующих трех) упражнения общего успокоения содержат пять развернутых формул самовнушения с суггестивным подкреплением, то, начиная с пятого занятия, опускается суггестивное подкрепление и остается пять «задающих» формул, а с девятого — необходимые ощущения вызываются с помощью только одной («ключевой») формулы самовнушения[1]. Для наглядности продемонстрируем трансформацию формул самовнушения общего успокоения:

Упражнения, направленные на общее успокоение:

1—4-е занятия

1. Я совершенно спокоен…
Вспомните чувство приятного покоя, когда-либо Вами испытанное.

2. Меня ничто не тревожит…
Вспомните чувство приятного, безмятежного покоя, когда после напряженной работы Вы приходите домой и ложитесь отдыхать.

3. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха…
Почувствуйте это расслабление. Сделать это легко. Удобная поза сама по себе приводит к расслаблению мышц. Почувствуйте это расслабление.

4. Все мое тело полностью отдыхает…
Вспомните чувство приятного отдыха и расслабления, когда Вы лежите в теплой ванне.

5. Я совершенно спокоен…
Думайте о покое, отдыхе.

5—8-е занятия

1. Я совершенно спокоен…
2. Меня никто не тревожит…
3. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха…
4. Все мое тело полностью отдыхает…
5. Я совершенно спокоен.

9—12-е занятия

1. Я совершенно спокоен.
Примечание. Нумерация ключевых формул выделена полужирным шрифтом.

Общая схема комплексной методики и план-график проведения гетерогенных тренировок приведены ниже.

[1] В настоящее время в литературе по аутотренингу с равной частотой, а иногда и в одинаковом смысле употребляются термины «формулы самовнушения» и «психическое самовоздействие». Мы считаем, что второе понятие гораздо шире, так как включает все варианты психического самовоздействия — вербальное самовнушение, сенсорную репродукцию, методы саморазубеждения и др. Во избежание смешения понятий, применительно к вербальному самовоздействию, мы предпочитаем использование термина «формулы самовнушения».

КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

***I. Обучающий курс аутогенной тренировки*:**

Вводная лекция.

Последовательность основных комплексов упражнений:

1. Общее успокоение.
2. Достижение тренированной мышечной релаксации.

Варианты: а) самовнушение ощущений тяжести;
б) идеомоторные релаксирующие упражнения;
в) последовательное применение вариантов б) и а)[1].

3. Вызывание ощущений тепла в конечностях.
4. Вызывание ощущений тепла в солнечном сплетении.
5. Овладение регуляцией ритма и частоты дыхания.
6. Овладение регуляцией ритма и частоты сердечной деятельности.
7. Мобилизующие упражнения.
8. Общее укрепление эмоционально-волевой сферы.

***II. Специальные упражнения и психотерапевтические приемы на базе аутогенной тренировки*:**

1. Метод десенсибилизации.
2. Метод отвлечения.
3. Метод самовоспитания.
4. Идеомоторные тренировки.

Варианты: а) «движение»;
б) «поведение».

5. Аутогенная терапия памяти.
6. Сюжетные развертки седативного характера.
7. Группа узкоспециализированных и вспомогательных приемов.

План-график и этапность проведения гетерогенного обучающего курса аутогенной тренировки[2]:

№ упражнения	Наименование комплексов упражнений		1-й этап				2-й этап				3-й этап			
			1-я неделя		2-я неделя		3-я неделя				4-я неделя			
			Номера занятий											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	«Успокоение»		■	■	■	■					○	○	○	○
2	«Релаксация»		■	■	■	■					○	○	○	○
3	«Тепло»	правая рука	■	■	■	■					○	○	○	○
		обе руки			■	■					○	○	○	○
		обе ноги			■	■					○	○	○	○

[1] Объяснения см. в тексте.

[2] Начиная с 3-го упражнения может применяться обратная связь с помощью чувствительного электротермометра с цифровой индикацией, специального пневмо- или пульсотахометра.

Окончание таблицы

№ упражнения	Наименование комплексов упражнений	1-й этап				2-й этап				3-й этап			
		1-я неделя			2-я неделя			3-я неделя			4-я неделя		
		Номера занятий											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4	«Живот»									○	○	○	○
5	«Дыхание»										○	○	○
6	«Сердце»											○	○
7	«Мобилизация»	■	■	■	■	■	■	○	○	○	○	○	○

■ — используются полные формулы самовнушений с суггестивным подкреплением и сенсорной репродукцией;
□ — суггестивное подкрепление не дается, сенсорная репродукция при необходимости осуществляется самостоятельно, используются только задающие формулы самовнушений;
○ — необходимые ощущения вызываются только с помощью «ключевой» формулы каждого упражнения

Техника гетерогенных тренировок

После того, как пациенты приняли одно из исходных положений и с выдохом закрыли глаза, врачом дается следующая установка: «Итак, принятое положение удобно, ничто Вам не мешает, не тревожит, не беспокоит. Приступаем к тренировке».

Основные словесные формулы излагаются врачом в спокойной естественной форме; суггестивное подкрепление дается несколько пониженным тоном. После каждой формулы выдерживается пауза 5—7 с, во время которой обучаемые мысленно повторяют сказанное врачом и вызывают у себя яркие образные представления о сказанном.

Структура 1—4-го занятия гетерогенного курса:
1) упражнение;
2) упражнение;
3) упражнение.

I. Упражнения, направленные на общее успокоение

1. Я совершенно спокоен…

Вспомните чувство приятного покоя, когда-либо Вами испытанного.

2. Меня ничто не тревожит…

Вспомните чувство приятного, безмятежного покоя, когда после напряженной работы Вы приходите домой и ложитесь отдыхать.

3. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха…

Почувствуйте это расслабление. Сделать это легко. Удобная поза сама по себе приводит к расслаблению мышц. Почувствуйте это расслабление.

4. Все мое тело полностью отдыхает…

Вспомните чувство приятного отдыха и расслабления, когда Ваше тело лежит в теплой ванне.

5. Я совершенно спокоен…

Думайте о покое, отдыхе.

II. Упражнения, направленные на достижение тренированной мышечной релаксации[1]

Вариант а). Переносим все внимание и внутренний взор на правую руку и приступаем к самовнушению.

1. Я чувствую приятную тяжесть в правой руке…

Образно представьте, что Ваша правая рука, как полый сосуд, наполняется (наливается) свинцом, тяжелея все больше и больше.

2. Чувство тяжести в моей правой руке все больше и больше нарастает…

Рука все больше и больше тяжелеет, тяжелый густой свинец наполняет Вашу руку.

3. Моя правая рука очень тяжелая…

Продолжайте как можно ярче удерживать образное представление, зафиксируйте это ощущение.

4.[2] Приятная тяжесть наполняет мои руки и ноги…

Перенесите внутренний взор и образно представьте, как Ваши обе руки и ноги наполняются (наливаются) свинцом, тяжелея все больше и больше.

5.* Чувство приятной тяжести во всем теле все больше и больше нарастает…

Приятная тяжесть, тяжелый густой свинец наполняет Ваши руки и ноги.

Верст., нужно поменять знак сноски 37 с цифры на *

6. Все мое тело очень тяжелое…

Сосредоточьтесь на всем теле, прочувствуйте эту тяжесть, зафиксируйте это приятное ощущение расслабления и тяжести.

7. Все мое тело расслабленное и тяжелое…

Вариант б). Врачом поочередно называются основные группы мышц (сверху вниз) и обучаемым дается задание: «сосредоточиться на них, прочувствовать их остаточное напряжение и расслабить». Два первых элемента рекомендуется выполнять на вдохе, а расслабление — вместе с выдохом на фоне суггестивного подкрепления релаксации.

1. Мышцы лба…

Возникает ощущение легкого дуновения в мышцах лба, ощущение разглаживания кожи лба; мышцы лба как бы «разъезжаются» в стороны от средней линии.

2. Мышцы глаз…

Брови как бы расходятся в стороны, сомкнутые веки едва заметно поднимаются вверх, а глазные яблоки как бы слегка подаются вперед.

3. Мышцы рта…

Нижняя челюсть как бы слегка отвисает, язык вяло прижимается к зубам; возникает ощущение, что все лицо как бы вытягивается книзу.

4. Мышцы шеи…

В момент расслабления голова слегка провисает.

5. Мышцы плеч…

Возникает ощущение «проседания» плеч.

6. Мышцы предплечий…

Возникает легкое, едва заметное ощущение «провисания» внутренних мышц предплечий.

7. Мышцы обеих кистей…

8. Сосредоточиться на своем дыхании и настроить его на спокойный (сонный) ритм…

9. Расслабить мышцы груди и спины…

Сразу после расслабления несколько удлиняется дыхательная пауза, и дыхание становится реже.

---

[1] В процессе обучения используется один из вариантов в зависимости от особенностей и состава группы (см. текст).

[2] На 1-м и 2-м занятиях формулы 4 и 5 не используются.

10. Мышцы бедер…

Возникает ощущение легкого, едва заметного «дуновения» в мышцах бедер, и они как бы провисают.

11. Мышцы голеней[1]…

12. Мышцы стоп[2]…

13. *Сосредоточиться на всем теле, ощутить полное мышечное расслабление на фоне сонного дыхания…*

14. Все мои мышцы полностью расслаблены…

Примечание. Последовательное применение вариантов б) и а). Используется при обучении «аблативному гипнозу» и при необходимости усиления гетерогенного воздействия («активный гипноз»), а также при показаниях к «аутогенному сну-отдыху».

III. Упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла в конечностях

1. Я чувствую приятное тепло в правой руке…

Представьте себе, что Вы погружаете правую руку в очень теплую, почти горячую воду.

2. Кровеносные сосуды правой руки слегка расширились…

Вспомните, как краснеет правая рука, когда Вы погружаете ее в горячую воду. Это расширяются кровеносные сосуды правой руки. Кровь приливает к руке, рука краснеет.

3. Горячая кровь согрела мою правую руку…

Повторите уверенно. Прочувствуйте это.

4. Приятное чувство тепла разлилось по моей правой руке…

Вспомните, как можно ярче, чувство приятного тепла в правой руке, когда Вы погружаете ее в очень теплую, почти горячую воду, парите ее, постепенно подливая воду все горячее и горячее.

5. Правая рука вплоть до кончиков пальцев стала горячей…

Зафиксируйте это ощущение. Постоянно удерживайте в сознании яркое образное представление. Мысленно представьте себе, как расширяются сосуды Вашей правой руки.

6. Я расширяю сосуды моей правой руки…

Повторите уверенно. Вдумайтесь в сказанное.

7. Я могу это сделать — расширить сосуды в любом другом органе…

Повторите уверенно…

Думайте о покое, тепле в правой руке.

Начиная с 3-го занятия: переносим внимание на левую руку!

8. Я чувствую приятное тепло в левой руке…

Представьте, что Вы погружаете Вашу левую руку в очень теплую, почти горячую воду, парите ее, постепенно подливая воду все горячее и горячее.

9. Моя левая рука теплая…

Зафиксируйте это ощущение. Постоянно удерживайте яркое образное представление.

Переносим внимание на обе ноги!

10. Я чувствую приятное тепло в обеих ногах…

Вызываем то же самое образное представление: Вы парите Ваши ноги, постепенно подливая воду все горячее и горячее.

11. Мои ноги теплые…

Зафиксируйте это ощущение. Удерживайте яркое образное представление.

---

[1] Суггестивное подкрепление не дается.

[2] Суггестивное подкрепление не дается.

Сосредоточиться на всем теле!

12. Приятное тепло разливается по всему моему телу…

Начиная с 5-го занятия при выполнении 1—3-го упражнений используются только задающие формулы самовнушений без суггестивного подкрепления.

Структура 5—6-го занятия:
1-е упражнение,
2-е упражнение,
3-е упражнение,
4-е упражнение (используются только «задающие» формулы без суггестивного подкрепления).

IV. Упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении

Обучаемым предлагается сосредоточить свое внимание на солнечном сплетении и образно представить, что в этом месте находится маленькое яркое солнце. Затем обучаемые мысленно повторяют вслед за врачом словесные формулы самовнушений.

1. Мое солнечное сплетение излучает тепло…
2. Приятное ощущение тепла пронизывает все внутренние органы…
3. Ощущение тепла в солнечном сплетении все больше и больше нарастает…
4. Это расширяются сосуды моего солнечного сплетения…
5. Приятное тепло наполняет все внутренние органы…
6. Я расширяю сосуды солнечного сплетения…
7. Я могу это сделать — расширить сосуды в любом другом органе…

Структура 7—8-го занятия:
1-е упражнение,
2-е упражнение,
3-е упражнение,
4-е упражнение,
5-е упражнение.

V. Упражнения, направленные на овладение регуляцией ритма и частоты дыхания

Обучаемым рекомендуется постепенно удлинять фазы дыхания. При этом подчеркивается, что удлинение акта дыхания должно происходить постепенно. Критерием правильного проведения упражнения считается отсутствие неприятных ощущений от замедления дыхания и способность к сохранению заданного ритма на протяжении всей тренировки. В словесных формулах фиксируется ощущение покоя:

1. Я совершенно спокоен…
2. Мое дыхание замедляется…
3. Мое дыхание спокойное…
4. Дышу ритмично, ровно…
5. Мое дыхание ровное, теплое…
6. С каждым дыханием я все больше и больше успокаиваюсь…
7. Я совершенно спокоен…

Структура 9—10-го занятия: используются только «ключевые» формулы 1—5-го упражнений и «задающие» формулы 6-го упражнения.

1. Я совершенно спокоен…
2. Все мое тело расслабленное и тяжелое…(или — все мои мышцы полностью расслаблены…)
3. Приятное тепло разливается по всему моему телу…
4. Мое солнечное сплетение излучает тепло…
5. Мое дыхание спокойное…

VI. Формулы упражнений, направленных на овладение регуляцией ритма и частоты сердечной деятельности

1. Я совершенно спокоен…
2. Сердце бьется ритмично, спокойно…
3. Мое сердце отдыхает…
4. Мое сердце бьется ровно, ритмично…
5. Приятное чувство отдыха и покоя охватило весь мой организм…
6. Мой пульс замедляется, мое сердце отдыхает…
7. Я совершенно спокоен.

Структура 11—12-го занятий такая же, как у 9—10-го, при выполнении 6-го упражнения используются только две последние формулы самовнушения. Если после завершения гетерогенных тренировок пациентам не показан отдых, выполнение упражнений завершается самовнушением формул мобилизации, которые должны усваиваться не менее чем на 6 занятиях обучающего курса. У здоровых лиц и в амбулаторной практике мобилизующие упражнения завершают каждое занятие.

VII. Мобилизующие упражнения

1. Я хорошо отдохнул…
2. Мои силы восстановились…
3. Во всем теле ощущаю прилив энергии…
4. Мысли ясные, четкие…
5. Мышцы легкие, наполняются силой…
6. Готов действовать…
7. Я словно принял освежающий душ…
8. По всему телу пробегает приятный озноб…
9. Делаю глубокий вдох… Резкий выдох, поднимаю голову (или встаю) и открываю глаза.
(«Ключевые» формулы 1—3, 9)

В процессе гетерогенных тренировок, начиная с 4-го занятия, перед комплексом «мобилизация» могут выполняться упражнения, направленные на общее укрепление эмоционально-волевой сферы.

Формулы упражнений, направленных на общее укрепление эмоционально-волевой сферы

1. Я все лучше владею собой…
2. Я владею своими мыслями…
3. Я владею своими чувствами…
4. Я всегда внимателен…
5. Я постоянно собран…
6. Я всегда уверен в себе…
7. Я всегда уравновешен…
8. Я владею собой…
(Приводятся наиболее общие формулы самовнушения, которые могут широко варьировать при практическом применении).

Обучающий курс (продолжение): методика и особенности проведения в модификации авторов

Общие указания. Обучающий курс проводится в течение 24—30 дней при условии осуществления трех-четырех гетерогенных тренировок в неделю. Гетерогенные тренировки проводятся через день, предоставляя время для самостоятельных занятий, которые, как уже отмечалось, в процессе обучающего курса должны выполняться не менее 3 раз ежедневно — сразу после пробуждения и перед засыпанием лежа в постели, а также 1—2 раза в середине дня, сидя или лежа.

Гетерогенные тренировки проводятся в тихом теплом помещении, при неярком освещении, лучше всего в вечернее время — от 18 до 20 ч. Изоляция помещения для занятий от шума и других раздражителей особенно необходима на первом этапе, в процессе усвоения упражнений, направленных на вызывание ощущений тяжести и тепла, требующих переключения внимания на внутреннюю сферу. В последующем, с 6—8-го занятия, этому можно уделять меньше внимания и даже требовать от обучаемых выработки умения проводить аутогенные тренировки в условиях внешних помех (шум вне помещения, яркий свет). Помещение для занятий должно быть теплым. Если в помещении холодно, это затрудняет выполнение упражнений по расслаблению мышц и, как следствие, всех последующих, тем самым снижая эффективность занятий и подрывая доверие к действенности метода. При амбулаторном проведении обучающего курса в холодное время года перед началом занятий обучаемым необходимо предоставить время для согревания. Обычно это достигается за счет некоторого увеличения продолжительности вводной беседы и обсуждения результатов самостоятельных занятий. В то же время в помещении не должно быть жарко, а тем более душно.

Во время занятий обучаемым рекомендуется принять одно из исходных положений, ослабить давление одежды (ремни, галстуки, верхние пуговицы рубашек и т. д.). Женщинам, особенно при амбулаторных курсах, в процессе предварительной беседы следует деликатно порекомендовать временно отказаться от стягивающей одежды и белья.

Как уже указывалось, в зависимости от условий проведения тренировок и времени суток, тренировки выполняются или в положении сидя (поза «кучера на дрожках», «пассивная поза»), или лежа. В амбулаторных условиях лучше пользоваться позой «кучера на дрожках». Иногда в позе «кучера на дрожках» у некоторых обучаемых появляются неприятные (тянущего характера) ощущения в задней группе мышц шеи. В этих случаях им следует рекомендовать «пассивную позу». Однако на первых занятиях целесообразно пользоваться все же классической позой. Это связано с тем, что отдельные обучаемые (особенно в группах здоровых лиц) в процессе первых занятий склонны «наблюдать» за своими товарищами, что неизбежно замечается последними и вызывает у них негативную реакцию. Классическая поза в значительной мере устраняет эти осложнения; кроме этого, поза со склоненной

головой и взглядом «в себя» имеет и самостоятельное психотерапевтическое значение.

Не стоит давать обучаемым каких-либо указаний о необходимости сохранения неподвижности во время тренировок, так как, во-первых, это может вызвать негативизм и прямо противоположную реакцию, а, во-вторых, начиная со 2—3-го занятия, все пациенты всегда сидят (или лежат) совершенно неподвижно на протяжении всей тренировки (иногда до 30 мин, если тренировка специально пролонгируется), не испытывая при этом никаких неудобств или ощущений вынужденности позы. Этот факт на 3—4-м занятии целесообразно подчеркнуть обучаемым и объяснить его особым состоянием аутогенного расслабления, которое создает максимально благоприятные условия для полноценного отдыха. Иногда помехой первых занятий становится подкашливание, высокая взаимоиндукция которого хорошо известна. В этих случаях лучше деликатно (коснувшись плеча и жестом мягко предложив оставить помещение) удалить «индуктора», чем пытаться сохранить занятие, предлагая обучаемым «откашляться» и т. п. Всего на курс предусматривается 12 гетерогенных занятий. Однако при практическом применении метода возможны некоторые вариации в сторону увеличения — до 15—16 занятий, но, как правило, не более этого.

Вряд ли можно считать целесообразным длительное проведение обучающего курса при его безуспешности. Описываемый Шульцем случай с медицинской сестрой, которая освоила первое упражнение только после двух лет систематических тренировок, хотя и служит примером настойчивости пациента *и* терпеливости врача, является казуистикой. В то же время следует помнить, что освоить аутогенные упражнения могут не все. По нашим данным, до 2—3 % «отсева» из психотерапевтических групп связано именно с этой причиной. Неудачи могут быть связаны как с исходно неверной установкой на занятия, так и со специфическим складом психики конкретной личности, при котором формируются два разнонаправленных мотива: с одной стороны, желание овладеть методом и, с другой — непреодолимое противодействие гетеро- и аутогенному воздействию. Систематические исследования этой феноменологии еще не проведены. Во всяком случае, опыт показывает, что если пациент при повторном обучающем курсе аутотренинга не добился успеха, целесообразно избрать другой метод психотерапевтического воздействия. Освоение каждого последующего этапа (см. схему 3) в группе следует начинать лишь после усвоения предшествующих упражнений. В первую очередь и в наибольшей степени это касается упражнений первого этапа («релаксация» и «тепло»), которые являются основой всей системы аутогенной тренировки. Как правило, именно за счет увеличения количества занятий первого этапа происходит удлинение всего курса.

Естественным является вопрос — как определить, усвоено упражнение группой или нет? В связи с тем, что применение обратной связи и даже простая регистрация, например, температуры кисти в процессе

обучающего курса по объективным причинам ограничены (для этого понадобилось бы, как минимум, 8—10 чувствительных электротермометров), мы рекомендуем использовать 10-балльную квалиметрическую шкалу субъективных оценок (табл 3) и на основании их усреднения вести график динамики усвоения упражнений в группе (рис. 13). Эти рекомендации обоснованы собственным опытом и литературными данными, которые свидетельствуют, что человек в состоянии устанавливать количественные отношения между субъективными ощущениями и переживаниями без большой систематической ошибки (А. И. Белов, I. Ekman). В целом, если усредненная оценка в группе достигает 5 баллов, можно считать упражнение освоенным, невзирая на часто довольно значительные пределы колебаний.

Таблица 3

Квалиметрическая шкала субъективных оценок ощущений тяжести и тепла

Баллы	Шкала субъективной оценки ощущений тяжести	Баллы	Шкала субъективной оценки ощущений тепла
1	Какие-либо особые ощущения в процессе занятий отсутствовали	1	Какие-либо особые ощущения в процессе занятий отсутствовали
2	Были какие-то неясные ощущения, не поддающиеся какой-либо определенной характеристике	2	Были какие-то неясные ощущения, не поддающиеся какой-либо определенной характеристике
3	Ощущение некоторой скованности или потяжеления кисти, даже если оно было кратковременным	3	Ощущение легкого «покалывания», «зуда» или потепления кисти любой локализации, даже если оно было кратковременным
4	Периодически возникающее ощущение потяжеления кисти	4	Периодически возникающе ощущение, характеризуемое как тепло
5	Незначительное потяжеление кисти, преимущественно в конце занятия	5	Слабое ощущение тепла, наступающее в конце занятия
6	Заметное потяжеление кисти на протяжении большей части занятия	6	Заметное ощущение тепла на протяжении большей части занятия
7	Ощутимое потяжеление кисти на протяжении всего занятия, иррадиация или генерализация	7	Ощутимое потепление кисти на протяжении всего занятия, иррадиация или генерализация
8	Выраженное ощущение тяжести, генерализация	8	Выраженное ощущение тепла, генерализация
9	Выраженное ощущение тяжести с явлениями спонтанной генерализации	9	Выраженное ощущение тепла с явлениями спонтанной генерализации

Окончание табл. 3

Баллы	Шкала субъективной оценки ощущений тяжести	Баллы	Шкала субъективной оценки ощущений тепла
10	Легко вызываемое самостоятельно ощущение тяжести с явлениями спонтанной генерализации	10	Легко вызываемое самостоятельно ощущение тепла с явлениями спонтанной генерализации

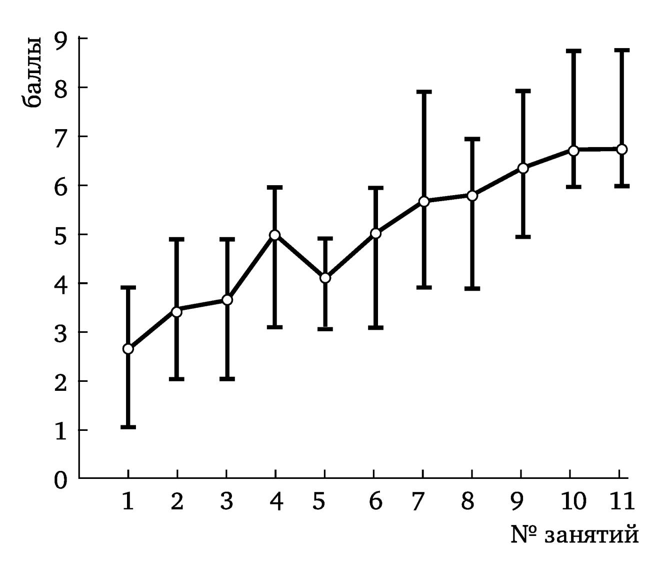

Рис. 13. **График учета динамики усредненных квалиметрических оценок и диапазона субъективных ощущений тяжести в группе 15 практически здоровых лиц в процессе обучающего курса аутотренинга (собственные наблюдения)**

Широкие словесные формулы суггестивного характера способствуют появлению ожидаемых эффектов уже после первых двух занятий у 50 % обучаемых. Однако не стоит увлекаться суггестированием, чтобы не нарушить систему этапной активации пациентов. Задача первого этапа в значительной степени определяется необходимостью ознакомить обучаемых с теми специфическими ощущениями, на достижение которых направлены гетерогенные тренировки. Даже минимальные знания об ощущениях, которые нужно обрести, и состоянии, которого необходимо достигнуть, значительно повышают результативность обучающего курса. И в этом смысле, бесспорно, лучше один раз испытать, чем много раз услышать.

Основные словесные формулы, как уже отмечалось, необходимо излагать в спокойной форме; суггестивное подкрепление также дается спокойным, лишь несколько пониженным тоном. Рекомендуемая некоторыми авторами (А. М. Свядощ, А. С. Ромен, Т. Л. Бортник) повелительная, императивная форма самовнушений, сближающая характер воздействия с гипнотическим, часто вызывает внутреннее сопротив-

ление и даже откровенный негативизм у отдельных членов группы. Во вводной лекции необходимо предупредить обучаемых, чтобы они избегали излишней концентрации внимания. Самовнушения не нужно «вбивать» в себя, как нелюбимое стихотворение; им, как пишет Шульц, нужно «предаться». Наш собственный опыт подтверждает справедливость этого положения. Можно еще раз напомнить выражение Э. Куэ, который, несмотря на высказываемую в его адрес справедливую критику, бесспорно, был чрезвычайно наблюдательным и талантливым психотерапевтом: «Если некоторые не добиваются удовлетворительного результата с помощью самовнушения, это или потому, что не доверяют себе, или, чаще, потому, что совершают усилия. Чтобы добиться результата, совершенно необходимо отсутствие усилий, ибо они предполагают участие воли, в то время как именно она должна остаться в стороне». В лекции М. Е. Бурно (1975) приводится перевод строфы из стихотворения Р. Рильке, которую Шульц использовал для разъяснения того, что должен делать и чувствовать пациент в процессе сеанса аутотренинга:

Он должен, уподобясь птицам,
Что камнем падают из стай,
Своею тяжестью упиться,
Покой бескрайний телу дать.

H. Lindemann (1980), обосновывая роль пассивной концентрации внимания и отмечая отрицательные эффекты волевых усилий, приводит результаты эксперимента, проведенного японскими специалистами: «...Испытуемых попросили активно, с максимальным волевым усилием пожелать: «Я хочу во что бы то ни стало, чтобы мои руки стали теплыми». Результат был именно тот, которого ожидали экспериментаторы: произошло сужение сосудов рук и было зарегистрировано снижение их температуры».

В комплексную методику перед упражнениями, направленными на достижение релаксации, нами введена расширенная формула покоя. Это вызвано тем, что в большинстве случаев обучаемые просят после принятия исходной позы дать им время «настроиться» на занятие. Таким образом, на начальных этапах формулы успокоения выполняют роль подготовительных (преднастроечных) упражнений, а, закрепляясь в процессе систематических упражнений, приобретают самостоятельное значение, и практически во всех случаях ключевая формула «Я совершенно спокоен» входит в индивидуальные варианты, формулируемые самими пациентами.

Релаксирующие упражнения

После выполнения упражнений, направленных на общее успокоение, выполняется вторая часть занятия — упражнения (тренировка) в мышечной релаксации. Комплексная методика предусматривает два основных варианта 2-го упражнения, а также их комбинированное или сочетанное применение.

***Вариант а*)** — самовнушение ощущений тяжести. Упражнение выполняется в соответствии со схемой и не требует каких-либо дополнительных инструкций относительно методики проведения занятий. Однако необходимо отметить возможность появления у обучаемых некоторых неспецифических и в то же время характерных ощущений, которые I. Schultz называл «аутогенными разрядами». Так, например, одновременно с ощущениями тяжести иногда возникает субъективное впечатление увеличения размеров кисти или всей руки, ощущение слияния тяжелой кисти с подлокотниками кресла или реакция «отчуждения», когда конечности кажутся пациенту более не принадлежащими ему. В других случаях возникают ощущения тянущего характера в мышцах или ощущения их вибрации, подергивания, зуда и т. п. Некоторые авторы отмечают возможность временной глухоты. Мы также наблюдали подобное явление, однако не склонны квалифицировать его как глухоту — скорее это обычное следствие изменения чувствительности анализаторов, сопутствующее фазовым состояниям в коре головного мозга. Сюда же относятся и отмечаемые некоторыми пациентами вспышки или мерцания, возникающие в зрительном анализаторе при закрытых глазах, временная сухость во рту или повышенная саливация. Подобных форм «аутогенных разрядов» огромное множество. У каждого второго пациента они приобретают индивидуальный оттенок и индивидуальную интерпретацию. Самой главной особенностью этих ощущений является то, что они, появляясь на 4—6-м занятии, быстро и бесследно проходят при регулярных (ауто- и гетерогенных) тренировках, полностью исчезая к 8—10-му занятию. Исключение составляют лишь ощущения «невесомости» или «парения» собственного тела, усиливающиеся и целенаправленно вызываемые пациентами в процессе тренировок в мышечной релаксации.

Для исключения внушенных эффектов не следует предупреждать пациентов о возможных вариантах «аутогенных разрядов». В тех случаях, когда они появляются, необходимо объяснить, что они представляют собой специфические проявления релаксации, не опасны и полностью безвредны. Трактуя эти явления с психосоматических позиций, некоторые исследователи объясняют их как «процесс разрядки перенапряженных областей мозга».

В качестве особой формы «аутогенных разрядов» следует выделить мышечные спазмы, так как они иногда требуют активного вмешательства руководителя тренировок. В 1980 г. Е. С. Подольский рассказал[1] нам о случае развития приступа эпилепсии в процессе выполнения 2-го упражнения. При клиническом обследовании больного, проведенном в одном из центральных специализированных лечебных учреждений, диагноз был подтвержден и, как оказалось, отдельные симптомы заболевания имели место и до развития манифестных проявлений. Таким образом, в данном случае аутогенная тренировка сыграла роль

[1] Личное сообщение.

«диагностического сита» для пациента, который собирался стать летчиком и уже учился в летном вузе. Несмотря на то, что это единственный известный нам случай, о нем, конечно же, не стоит забывать.

По нашим данным, после упражнений, направленных на вызывание мышечной тяжести, у 36 % обучаемых в течение некоторого времени сохраняется ощущение скованности и некоторое (не более 0,02 с) замедление скорости сенсомоторных реакций. А. В. Алексеев (1978) отмечает развитие гипнотического сна под влиянием самовнушения ощущений тяжести у высококвалифицированных спортсменов с сильно развитой и хорошо тренированной мускулатурой. «Многие спортсмены настолько отяжелели, — пишет автор, — что пришлось специальными способами возвращать их в бодрое состояние». Т. Л. Бортник сообщалось, что в некоторых случаях при самовнушении чувства тяжести увеличивается частота сердечных сокращений и частота дыхания; на ЭЭГ отмечается уменьшение синхронизации биоэлектрической активности и увеличение пароксизмальных разрядов. В связи с приведенными данными следует признать, что в ряде случаев достижение релаксации с помощью самовнушений тяжести является противопоказанным, в частности при эпилепсии (действенность аутогенной тренировки при которой вообще сомнительна), склонности к судорожным состояниям, при некоторых формах коронарной патологии, а также в случаях профилактического применения в процессе деятельности у некоторых специалистов сенсомоторного профиля (например, летчиков) и спортсменов атлетических видов спорта.

Вариант б) — идеомоторные релаксирующие упражнения[1]. Упражнения также выполняются в соответствии со схемой. Врачом поочередно называются основные группы мышц (сверху вниз), и обучаемым предлагается вначале «сосредоточиться на них (перенести на них «внутренний взор»), прочувствовать остаточное напряжение и расслабить». Эта инструкция дается во вводной лекции, повторять фразу «сосредоточиться — прочувствовать — расслабить» для каждой группы мышц, как это рекомендуют некоторые авторы, мы считаем нецелесообразным. В соответствии с методикой два первых элемента выполняются на вдохе, а расслабление — вместе с выдохом. Во время вдоха происходит активация ретикулярной формации, что, по-видимому, несколько снижает пороги ряда анализаторов и усиливает проприоцепцию. Импульсы, исходящие из дыхательного центра, вызывают некоторое повышение тонуса нервной и мышечной системы. Выдох сопровождается противоположными явлениями. Таким образом, фаза вдоха является мобилизующей, а фаза выдоха — успокаивающей, что подчеркивалось и другими авторами (Х. Клейнзорге). Такая методика релаксирующих упражне-

[1] Заметим, что рекомендуемые А. В. Алексеевым (1978) вслед за Джейкобсоном релаксирующие упражнения, в основе которых лежит последовательное напряжение и расслабление мышц, утомительны для больных и, как показывает наш опыт, не всегда встречают положительный прием в группах здоровых лиц, поэтому указанный вариант, по-видимому, наиболее адекватен лишь применительно к спортивной практике.

ний является в известной мере предуготавливающей к упражнениям по регуляции ритма дыхания. В формулах суггестивного подкрепления к релаксирующим упражнениям дается наиболее общая информация о проприоцептивных ощущениях, которые появляются при расслаблении отдельных групп мышц. Учитывая то, что эти ощущения связаны с двигательной сферой, но практически не имеют каких-либо заметных моторных компонентов, в суггестивное подкрепление вводится фраза «как бы» (например, «сомкнутые веки как бы слегка поднимаются вверх», «брови как бы расходятся в стороны» и т. д.).

Суггестивное подкрепление к словесным формулам, направленным на расслабление мышц кистей и стоп, не дается, так как ощущения их релаксации обычно возникают не ранее 3-й недели (7—8-го занятия) систематических упражнений, носят выраженный индивидуальный характер и трудно поддаются общему словесному описанию. Так, например, у одних обучаемых расслабление мышц кисти сопровождалось ощущением легкого сгибания пальцев и «сжимания» всей кисти; у других, — наоборот, возникало ощущение «распухания» кисти.

Таким образом, вариант б) имеет существенные отличия от варианта а). В первом случае ощущение тяжести (и, соответственно, релаксация) вначале вызывается в мышцах рук, во втором — релаксация начинается с крупных мышц. Если ощущение тяжести легче реализуется в мышцах кисти, имеющих достаточно обширное корковое представительство, то идеомоторные релаксирующие упражнения являются более эффективными для крупных мышц, ощущение расслабления и напряжения которых хорошо знакомо обучаемым и легко достигается путем произвольной регуляции. Чтобы пациенты лучше представляли (или вспомнили) различия между состояниями напряжения и расслабления, можно провести перед началом аутогенных тренировок короткий курс прогрессирующей релаксации по Джейкобсону, однако обычно бывает достаточно и нескольких напряжений и расслаблений мышц плечевого пояса и бедра.

В процессе идеомоторных релаксирующих упражнений можно использовать прием, рекомендованный А. В. Алексеевым (1978). Все мышцы тела при этом условно делятся на 5 групп: лица и шеи, рук, ног, туловища. Пациентам дается следующая инструкция: «Представьте, что вы находитесь в помещении, где висят пять больших ламп, а в углу слабо светится небольшой ночник. Лампы — это группы мышц, а ночник — контроль ненапряженного сознания». Затем обучаемым предлагается «гасить» лампы, переходя от одной к другой, последовательно расслабляя мышцы тела.

При выполнении идеомоторной релаксации также возникают «аутогенные разряды», однако, как правило, более кратковременные и менее выраженные, чем при самовнушении ощущений тяжести. Ощущение «парения» и «невесомости» собственного тела у тренированных субъектов с хорошо развитой мускулатурой может развиваться уже на 3—4-м занятии.

***Вариант в*)**. Последовательное применение вариантов б) и а) используется при ускоренных курсах обучения аутогенной тренировке. В значительной степени вариант в) приближается к методу «активного фракционного гипноза» по E. Kretschmer, при котором пациент, как пишут X. Клейнзорге и Г. Клюмбиес, усваивает приемы аутотренинга, будучи погруженным в гипнотическое состояние, хотя сам Кречмер, заимствуя и видоизменяя упражнения первой ступени аутогенной тренировки, применял их в целях преодоления негативизма пациентов, довольно частого при гетеросуггестии. Позднее аналогичный прием для достижения гипнотического сна был рекомендован D. Langen. В процессе гипнотерапии по Кречмеру, как уже отмечалось, также внушаются ощущения тяжести и тепла с одновременным указанием на то, что эти же ощущения в последующем будут легко вызываться при помощи самовнушения.

Последовательное применение релаксирующих упражнений с последующим самовнушением ощущений тяжести уже на 2—3-м занятии примерно у 50 % обучаемых приводит к развитию состояния гипотаксии (II степень глубины гипноза). Мы неоднократно подчеркивали необходимость активного формирования навыков саморегуляции у пациентов и отмечали самостоятельное психотерапевтическое значение систематических упражнений. Поэтому считаем, что вариант в) имеет весьма ограниченные показания: выраженный негативизм в процессе групповых занятий при одновременной высокой мотивации к овладению методом; ускоренные курсы обучения для профилактики нервно-эмоционального напряжения у некоторых категорий руководящих работников, для которых возможность регулярных тренировок большей частью ограничена; случаи, когда показан аутогенный «сон-отдых».

Тренированной мышечной релаксации, которая является не только пусковым механизмом, но и базисным элементом во всей системе аутогенной тренировки [Лобзин В. С., 1975], необходимо уделять особое внимание на протяжении всего обучающего курса. В предыдущих главах уже отмечалось самостоятельное терапевтическое значение этих упражнений при ряде нозологических форм. Их простота и доступность в практическом применении позволяет проводить активную релаксотерапию на самых ранних этапах обучения аутогенной тренировке.

Упражнения, направленные на вызывание ощущений тепла

После выполнения комплекса «релаксация» обучаемые приступают к выполнению упражнений, направленных на вызывание ощущений тепла в правой руке (левши — в левой руке). В отличие от рекомендуемых другими авторами различных формул суггестивного подкрепления образных представлений, связанных с ощущениями тепла (например, «горячая грелка», «пуховый платок», «калорифер» и т. п.), мы рекомендуем использовать только одно хорошо всем знакомое ощущение погружения конечностей в «очень теплую, почти горячую воду»

с последующим его усилением («представьте себе, что Вы парите вашу руку, постепенно подливая воду все горячее и горячее»).

Перестройка образного представления и следующее за ним изменение внутренней установки на воображаемый источник тепла, связанные с новыми, в каждом случае специфическими, ощущениями (сравним «пуховый платок» и «горячая грелка»), снижают яркость мысленного образа. Проведенные исследования показали, что при использовании одного и того же образного представления реализация самовнушений в ощущениях происходит ярче и быстрее. Некоторыми авторами объясняется это тем, что при регулярном применении одинаковых словесных формул в коре создаются «проторенные пути возбуждения», определяющие все большие возможности для самовоздействия. Уже к 3—4-му занятию о четком ощущении тепла в правой руке обычно заявляют практически все обучаемые. При этом, по нашим данным, у многих (48 %) пациентов чувство тепла первоначально возникает в области тыльной поверхности кисти или ощущается как легкое покалывание и тепло в кончиках пальцев (11 %), у остальных — без четкой локализации.

На двух первых занятиях ощущения тепла вызываются только в правой руке. В процессе упражнений пациентам предлагается перенести «внутренний взор» на правую руку и приступить к самовнушениям, сопровождаемым сенсорной репродукцией. Перед занятием обучаемым необходимо напомнить, что следует избегать излишней концентрации внимания не только на формулах самовнушения, но и на той части тела или органе, к которому они обращены, т.е. установка «внутреннего взора» должна быть предельно пассивной.

С 3-го занятия добавляются упражнения, направленные на вызывание ощущений тепла в левой руке и обеих ногах, являющиеся основой для последующей генерализации ощущений. Иррадиация ощущений тепла появляется относительно рано. Так, уже на 1-м занятии при вызывании ощущений тепла в правой руке у некоторых пациентов может отмечаться спонтанная иррадиация в левую руку и некоторые другие, чаще — охваченные болезненным процессом органы. Механизмы этого явления, по-видимому, объясняются взаимоиндукцией доминантных и патологически измененных очагов возбуждения в коре головного мозга. Генерализация ощущений возникает, как правило, на фоне самовнушений тепла в солнечном сплетении, т.е. с 5—6-го занятия. Перед выполнением упражнений, направленных на вызывание ощущений тепла в левой руке, обучаемым необходимо в доступной форме разъяснить рефлекторное влияние расширения сосудов левой руки на коронарное кровообращение (больным с кардиоваскулярной патологией это часто хорошо известно из собственного опыта). Самовнушение тепла в обеих ногах, по заключению большинства обучаемых, реализуется гораздо легче и ярче. Это, по-видимому, можно объяснить как особенностями кровоснабжения нижних конечностей, так и уже приобретенными навыками самовоздействия.

Перед 5-м занятием обучаемым необходимо (также в доступной форме, иногда с демонстрацией схем, плакатов или муляжей) разъяснить расположение солнечного сплетения и его роль в регуляции деятельности и кровоснабжении внутренних органов. Больным с хронической патологией органов брюшной полости в качестве иллюстрации можно привести, как правило, хорошо им знакомый успокаивающий эффект грелки. Такое разъяснение способствует правильной локализации вызываемых ощущений и адекватному пониманию цели данного занятия. После выполнения первых трех упражнений обучаемым предлагается сосредоточить (пассивно) свое внимание на солнечном сплетении и образно представить, что в этом месте находится «маленькое яркое солнце». Затем врачом произносятся задающие формулы самовнушений, которые мысленно повторяются обучаемыми[1]. Суггестивное подкрепление при этом не применяется. Последняя словесная формула в упражнениях, направленных на вызывание ощущений тепла в конечностях («Я могу это сделать — расширить сосуды в любом другом органе»), является предуготавливающей к выполнению упражнений, связанных с солнечным сплетением. *Таким образом, в соответствии с методикой постепенно снижаются значение и объем суггестии, которая замещается сенсорной репродукцией* («яркое солнце»).

В связи с тем, что освоение навыков, направленных на вызывание ощущений тепла в солнечном сплетении, обычно проходит несколько менее успешно, чем предыдущих, после (но не до) первых занятий по этому упражнению обучаемым целесообразно разъяснить, что ощущение тепла не у всех появится сразу, но из-за этого не стоит считать себя «отстающим»; можно подчеркнуть роль особенностей индивидуального строения и вариантов расположения солнечного сплетения. По нашим данным, к концу обучающего курса гетеротренинга выраженные ощущения тепла в солнечном сплетении наблюдаются у 42—50 % обучаемых; к 3-му месяцу самостоятельных занятий — у 88 %. В ряде случаев эти ощущения характеризуются обучаемыми как субъективное переживание «беспричинного легкого счастья». Во время выполнения этого упражнения на лице у некоторых пациентов появлялось выражение легкой улыбки или явного удовольствия. Приступов «смешливости», о которых сообщает H. Lindemann (1980), мы не наблюдали.

По мнению обучаемых и данным их самоотчетов, ощущение тепла в солнечном сплетении оказывало выраженное успокаивающее («умиротворяющее») действие при фиксации на каких-либо переживаниях отрицательного характера. Один из наших обучаемых так описывает этот эффект: «После этого приятного и такого контрастного ощущения тепла и расслабления в верхней части живота, особенно после

---

[1] Около 3—5 % обучаемых стараются шепотом произносить задающие формулы или невольно сопровождают мысленные самовнушения бессловесной артикуляцией. Целесообразность «коррекции» такого варианта самовнушения сомнительна, так как отмеченные эффекты, по-видимому, являются проявлением индивидуальных особенностей, которые можно было бы определить как «оральный» способ мышления.

волнения, когда весь живот напрягается и даже дрожит, возвращаться к прежним переживаниям просто не хочется». Индивидуальная легкость освоения релаксирующих упражнений не является строго обязательным положительным прогностическим признаком в отношении эффективности обучения в течение всего последующего курса. У одних пациентов легче реализуются в ощущениях самовнушения тепла; у других — тяжести. В связи с этим К. И. Мировским и А. Н. Шогамом были выделены три основных типа реакций на психотерапевтическое воздействие у пациентов, применяющих аутогенную тренировку. В основу их типологии были положены клинические наблюдения различной эффективности тех или иных аутогенных упражнений у больных и здоровых лиц. Авторы выделяют: 1) психовазомоторный тип (пациенты, у которых легче возникает чувство тепла в правой руке с объективным повышением кожной температуры); 2) психомиотонический тип, при котором наблюдается более легкое возникновение ощущений тяжести и объективное снижение мышечного тонуса; 3) психонейротический тип, к которому относятся пациенты, отмечающие выраженные позитивные эффекты, в первую очередь в нервно-эмоциональной сфере (улучшение настроения, повышенное чувство бодрости после занятий и т. д.). Авторами выделяется также и четвертый, смешанный («композиторный») тип, однако, учитывая, что отнесение пациента к тому или иному типу (по ведущему признаку) всегда относительно, каждый из выделенных типов является «композиторным».

Наиболее часто выполнению комплекса «тепло» сопутствуют повышенная саливация, усиление перистальтики, иногда слезотечение, зевота, легкий зуд кожи. Реже встречаются такие побочные явления, как тошнота, икота, позывы к стулу или мочеиспусканию; весьма редко — сосудистый коллапс. H. Lindemann (1980) описывает также возможность рвоты, спонтанной эрекции и семяизвержения, хотя необходимо отметить, что в нашей многолетней практике последнее ни разу не встречалось, даже в группах юношей 17—19 лет, где подобные явления наиболее вероятны.

В предлагаемую схему мы не включаем комплекс «голова», соответствующий классическому 6-му упражнению по Schultz («Мой лоб слегка прохладен»), считая их уже специальными приемами, реализуемыми на основе аутогенной тренировки и не имеющими отношения к базисным упражнениям[1]. Однако, учитывая то, что в некоторых случаях генерализация ощущений тепла охватывает голову, сопровождаясь неприятным «чувством жара», пациентов целесообразно информировать о возможности данного явления, которое легко купируется с помощью сенсорной репродукции наложения на лоб или затылок смоченного в холодной воде платка (полотенца). Если в процессе тренировки

---

[1] Это упражнение, бесспорно, не всем, в том числе и здоровым лицам, показано. В ряде случаев оно вызывает осложнения, в частности: головную боль, обморок, иногда на фоне выполнения комплекса «Тепло» самовнушение «Мой лоб слегка прохладен» провоцирует неприятные ощущения в области сердца.

врач замечает чрезмерно горящие щеки или появление «испарины» на лице у кого-либо из пациентов, следует подойти к нему и, положив руку на плечо (жест, воспринимаемый обучаемыми всегда как индивидуальное обращение), шепотом порекомендовать повторить мысленно 7—10 раз «Мой лоб слегка прохладен».

Особую осторожность следует соблюдать в процессе освоения комплекса «Тепло» больными, страдающими диабетом и получающими инсулин по симптоматическим показаниям. А. Н. Шогам сообщает о двух случаях, когда больные, получавшие поддерживающие дозы инсулина, после сеанса аутотренинга впали в прекоматозное состояние с выраженными гипогликемическими реакциями. *Учитывая возможные, порой достаточно серьезные, осложнения, мы считаем, что аутогенная тренировка является строго врачебным методом, к применению которого в отдельных случаях могут допускаться лица, имеющие хорошую подготовку по медицинской психологии, однако при обязательном медицинском обеспечении гетерогенных тренировок.* Излишняя популяризация метода в газетах и журналах, хотя и преследует в целом благие цели, но полезность ее весьма сомнительна. С учетом возможных осложнений в процессе гетерогенных тренировок всегда нужно иметь в помещении для занятий набор медикаментов для оказания первой помощи.

При освоении комплекса «Тепло» в группе больных, страдающих бронхиальной астмой, в формулы самовнушений 3-го упражнения с первого занятия вводится фраза: «Мое дыхание легкое (дышится легко). Воздух чист и прохладен. Приятная прохлада струится в легкие». Эта формула повторяется 2—3 раза в процессе занятия, так как выраженный парасимпатический эффект аутотренинга может провоцировать спазм бронхов. У больных с астеногипотоническим синдромом комплекс «Тепло» не применяется. Эти больные всегда выделяются в отдельную группу, в которой проводятся психотонические тренировки по К. И. Мировскому — А. Н. Шогаму или в других модификациях.

Некоторые авторы рекомендуют при выполнении упражнений, направленных на вызывание ощущений тепла в брюшной полости, класть правую руку на область солнечного сплетения. Мы считаем, что в этом случае вступают в действие совсем другие механизмы, а наложение руки приводит к тому, что основное внимание переносится именно на нее, видоизменяя все упражнение, так как тепло появляется, прежде всего, под рукой, а не в глубинных отделах. У некоторых пациентов усвоение комплекса «Тепло» может проходить чрезвычайно успешно, часто побуждая их к демонстрации своих достижений. Одна из наших пациенток, натура весьма артистического склада, уже на 4-м занятии «по заявкам» окружающих легко вызывала то гиперемию, то резкое побледнение правой или левой руки или разнонаправленные эффекты на обеих руках одновременно. Такие «эстрадные» демонстрации ни в коем случае нельзя поддерживать. Терапия должна быть лечением,

а не фокусничеством, не говоря уже о возможности некоторых рефлекторных осложнений.

Мы уже отмечали, что если после завершения упражнений не предполагается последующий переход ко сну, пациенты (или обучаемые здоровые люди) должны обязательно выполнить комплекс «Мобилизация». При этом интенсивность императивной эмоциональной окраски мобилизующих формул у здоровых лиц более, а у больных менее выражена. Если «выход» из аутогенного состояния не выполняется, у обучаемых в течение некоторого времени могут сохраняться ощущения тепла и тяжести в мышцах. Последние (тяжесть) иногда вызывают негативную реакцию пациентов. Однако эффективность «выхода» всегда зависит от самих обучаемых, от их волевых усилий и осознанной необходимости закончить тренировку. Иногда приходится наблюдать снижение мотивации именно к завершению тренировки. Некоторые пациенты, характеризуя аутогенное состояние, как «ни с чем не сравнимое, специфическое», заявляют, что им бы хотелось «так и остаться в этом состоянии или хотя бы продлить его по возможности дольше». Не отмечая в этой связи каких-либо осложнений, мы в то же время считаем, что тренирующий и активирующий характер метода требует внутренней дисциплинированности, касающейся одновременно добросовестного выполнения упражнений, их дозированной длительности и формирования установки на активный самостоятельный выход из аутогенного состояния. *Основной целью коллективных занятий является не только обучение базисным упражнениям аутогенной тренировки, но и привитие обучаемым активного отношения к своему состоянию, на основе которого в последующем реализуются специальные приемы самовоздействия.*

Упражнения, направленные на овладение регуляцией ритма и частоты дыхания

Перед началом 7-го занятия пациентам необходимо разъяснить значение диафрагмального дыхания в улучшении вентиляции легких и увеличении активной поверхности легочной ткани, а также роль диафрагмы в самомассаже внутренних органов и улучшении кровообращения, указать на отвлекающее и успокаивающее рефлекторное воздействие ритмичного упорядоченного дыхания при эмоциональном возбуждении. Объяснение целесообразно дополнить примерами из житейской практики, литературы и т. д. В процессе выполнения 5-го упражнения пациентам рекомендуется постепенно удлинять фазы дыхания: вначале только вдоха, затем паузы, а потом выдоха. В связи с тем, что пролонгация выдоха часто вызывает неприятные ощущения и даже состояние тревоги, такой порядок освоения упражнения по регуляции ритма и частоты дыхания, как показали проведенные исследования, является наиболее приемлемым. Перед началом упражнений необходимо подчеркнуть, что удлинение отдельных фаз и всего акта дыхания должно происходить постепенно (рис. 14).

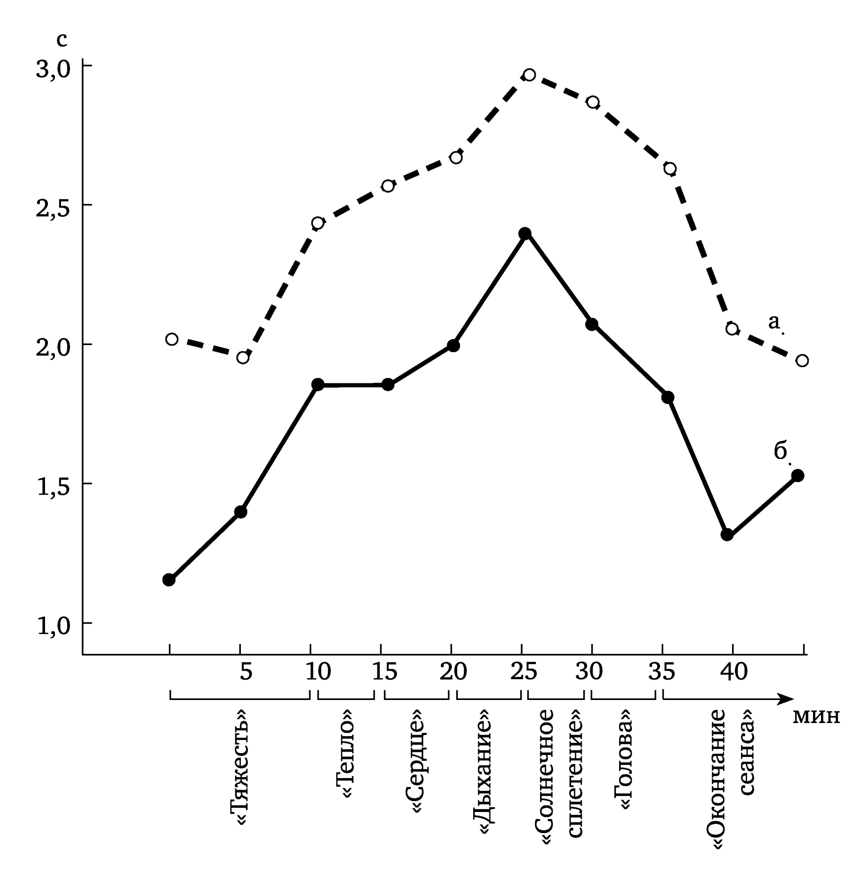

Рис. 14. **Изменение длительности вдоха (а) и выдоха (б) в процессе выполнения основных аутогенных упражнений (по W. Luthe):**

по оси абсцисс — время сеанса; по оси ординат — длительность составляющих дыхательного цикла

Ранее нами, как и многими другими авторами, рекомендовалось проводить дыхательные упражнения согласно подсчету врача по разработанным формулам. Одновременно мы отмечали, что выполнение упражнений по регуляции ритма и частоты дыхания по словесному подсчету представляет известные трудности для обучаемых: для одних предлагаемый ритм оказывается слишком поспешным, для других — медленным, обучаемые часто сбиваются и «пропускают» дыхание, ожидая очередной команды. Кроме этого, практический опыт и опрос пациентов показал, что «навязанный» ритм дыхания вызывает негативную реакцию у большинства (69 %) обучаемых. Поэтому в предлагаемой модификации отработка упражнений по регуляции ритма и частоты дыхания была индивидуализирована. Одни пациенты в конце обучающего курса достигали замедления частоты дыхания почти вдвое, у других замедление не превышало двух полных циклов в минуту. Критерием правильного выполнения упражнений является отсутствие неприятных ощущений, связанных с замедлением частоты дыхания, и возможность

сохранения избранного ритма на протяжении всей тренировки. В словесных формулах акцентируется ощущение покоя.

В некоторых случаях после усвоения данного упражнения оно может переноситься на начало тренировки, т.е. выполняться перед всеми другими в сочетании с комплексом «Успокоение». В этом случае формулы упражнений несколько видоизменяются, приобретая структуру, характерную для отдельных фаз дыхательного цикла (табл. 4). В таком виде упражнение может оказывать не только успокаивающее и преднастроечное, но и релаксирующее действие.

Таблица 4

Сочетание отдельных фаз дыхательных упражнений и словесных формул комплекса «Успокоение»

Вдох	Пауза	Выдох
Я	Пассивная концентрация внимания на первой части фразы или называемой части тела, органа	Спокоен
Тело	То же	Спокойно
Мысли	»	Спокойны
Лицо	»	Спокойно
Дышу	»	»
Сердце	»	»
Живот	»	Спокоен
	и т. д.	

При выполнении комплекса «Дыхание», как правило, не отмечается каких-либо побочных отрицательных эффектов. Необходимо лишь отметить, что нецелесообразно переносить дыхательные упражнения на начало тренировки в группе лиц с легочной и бронхиальной патологией, так как это в отдельных случаях может провоцировать нежелательные явления (кашель, спазм бронхов), более редкие при выполнении этого упражнения на фоне аутогенного состояния (после комплексов «Тяжесть» и «Тепло»). У части обучаемых (22 %), преимущественно у мужчин с выраженным диафрагмальным дыханием, после выполнения упражнений появляется легкое чувство голода и повышение аппетита, сохраняющееся в течение 20—40 мин после тренировки. Эти явления, по-видимому, связаны с самомассажем органов желудочно-кишечного тракта. Исходя из этого, нецелесообразна пролонгация этих упражнений у лиц, страдающих гиперацидными и гиперсекреторными гастритами, и, наоборот, они показаны при анорексии, снижении моторной и секреторной функции желудка и кишечника.

Упражнения, направленные на регуляцию частоты и ритма сердечных сокращений

В процессе освоения 6-го упражнения, как правило, более 50 % обучаемых сообщают о том, что они начинают ощущать собственное

сердцебиение. Это естественно, так как наблюдаемое при аутогенном расслаблении снижение порогов проприоцепции и пассивная (тренированная) концентрация внимания на том или ином органе способствуют появлению таких ощущений. Характерным является то, что при сопоставлении жалоб пациентов, которые часто и являются причиной их обращения к психотерапевту, и отмечаемых в процессе 6-го упражнения «сердцебиений», «замираний сердца», «чувства давления в груди» обнаруживается их практически полное совпадение. В тех же случаях, когда курируемое заболевание не связано с сердечно-сосудистой системой, указанные явления встречаются значительно реже. Таким образом, это еще раз подтверждает, что в состоянии аутогенного расслабления в первую очередь начинают «сигналить» вовлеченные в болезненный процесс органы: на фоне общего снижения корковой активности патологические очаги, обладающие до- и субклинической активностью, приобретают характер относительно доминирующих. По мере освоения аутогенных упражнений отмеченные неприятные ощущения со стороны сердца проходят, хотя и не всегда до окончания гетерогенного обучающего курса. Мы, как и другие авторы, считаем, что если эти неприятные ощущения не усиливают ипохондрической фиксации больных, они не являются противдои анием к продолжению занятий.

В то же время могут иметь место случаи, когда 6-е упражнение целесообразно исключить из общей схемы занятий. Приведем пример из наших наблюдений.

Больной Т., 33 лет, образование высшее, товаровед, женат, имеет одного ребенка. Обратился с жалобами на боли в сердце, перебои, чувство замирания и т. п., которые появились год назад. В течение последних 6 мес. ведет щадящий образ жизни: бросил курить, избегает нагрузок и близости с женой. В беседе — сенситивен, озабочен своим состоянием, движения замедленные, ищет защиты у врача, речь хорошо поставлена, свое состояние описывает скрупулезно, выявляя все новые и новые детали. Внешний вид — здорового молодого мужчины. При клиническом обследовании и на ЭКГ патологии не выявлено. При клинико-психологическом обследовании — относительное повышение шкал 2 (75 Т) и 7 (73 Т) MMPI. В анамнезе: когда пациенту было 15 лет, от сердечного приступа в возрасте 35 лет умерла его мать. Пациент отмечает, что он очень похож на мать, однако в беседе не высказывает бесспорно присутствующего вопроса: не может ли он, унаследовав внешность матери, унаследовать и ее судьбу. Диагноз: кардиофобический синдром. С больным проведен сеанс рациональной терапии, в процессе которого разъяснена роль психической травмы, связанной с заболеванием и смертью матери, указано на роль патологического очага фиксации в памяти, который и обнаружил свою активность при приближении пациента к 35 годам (возраст, в котором умерла мать). Отмечено, что имеющиеся у него изменения связаны с нарушением нервной регуляции, являются функциональными и, следовательно, обратимыми. (В процессе беседы с больным ни разу не были употреблены слова «страх», «невроз», и диагноз был «подан» как «функциональное нарушение деятельности сердца».)

Уже в процессе обучающего курса аутогенной тренировки состояние больного прогрессивно улучшалось; через 2 нед. снизились субъективные ощущения, тревога, повысилась активность (по шкале 7 MMPI — снижение на 6 Т, по шкале 2 — на 4 Т). При переходе к 6-му упражнению — резкое обострение, выраженная ипохондрическая фиксация, мысли о неизбежности смерти. Проведен еще один сеанс рациональной

терапии; от гетерогенных тренировок пациент был освобожден; завершение обучающего курса — в виде индивидуальных занятий, комплекс «Сердце» не применялся. Специальные упражнения на базе аутогенной тренировки (см. ниже): методы десенсибилизации, отвлечения и самовоспитания в течение 2 нед. амбулаторно, в последующем — самостоятельно. Выздоровление наступило через 8 нед. от начала лечения. При катамнестическом наблюдении в течение 3 лет рецидивов не было.

Из этого наблюдения видно, что уже применение обучающего курса требует индивидуализации. При выполнении упражнений, направленных на овладение регуляцией ритма и частоты сердечной деятельности, не следует рекомендовать (как это делается некоторыми авторами) учиться мысленно вести подсчет сердцебиений.

Излишнее внимание к сердечной деятельности, утрачивающее при этом характер пассивной концентрации, может провоцировать ипохондрические явления и жалобы даже у здоровых лиц. Здоровый человек не ощущает деятельность своего сердца, а при подобной модификации упражнения такие ощущения могут появляться и, сохраняясь некоторое время после окончания гетерогенных тренировок, приводить к чувству дискомфорта и тревоги.

Для проверки реализации формул самовнушения и повышения эффективности гетерогенного обучающего или лечебного курса целесообразно использовать метод «аутогенной тренировки с обратной связью» (biofeedback therapy зарубежных авторов), когда пациенты контролируют изменение частоты сердечных сокращений при помощи пульсотахометров (аппараты «КТД», «Физиолог», различные «Полиграфы» и др.). Таким образом, пациенты или обучаемые получают объективную информацию о динамике конкретного физиологического показателя, однако эта информация никак не связана со снижением порогов проприоцепции и излишней фиксацией на состоянии внутренних органов. В большинстве случаев применение обратной связи способствует более быстрому усвоению упражнения в процессе обучающего курса, индивидуализации используемых приемов и более эффективной реализации терапевтического воздействия, особенно при тахикардическом синдроме, так как позволяет фиксировать малейшие позитивные изменения. Эту роль обратной связи очень образно характеризует J. Hasset (1981): «Обратная связь, доставляющая информацию о малых изменениях, обычно более эффективна, чем информация о крупных сдвигах. Если вы узнаете о том, что чересчур растолстели, только тогда, когда вам станут узки все ваши туалеты, это будет не лучший способ самоконтроля. И если единственным стимулом для соблюдения диеты будет надежда на то, что через полгода на вас налезут ваши любимые брюки, вы скорее всего так долго не выдержите. Если же вы будете ежедневно становиться на весы, то, узнав, например, что ваша масса тела со вчерашнего дня уменьшилась со 113 до 111 кг, вам, вероятно, легче будет ограничиться сегодня черным кофе и ломтиком хлеба без масла».

Среднее замедление частоты сердечных сокращений в процессе гетерогенных занятий к концу обучающего курса составляет 10—12 %

от исходного (до начала тренировки). Этот показатель управляемого замедления частоты сердечной деятельности использовался нами как критерий эффективности усвоения аутогенных упражнений. Если замедление пульса на 10 % от исходного достигается уже к 8-му занятию (до начала 6-го упражнения), это является свидетельством весьма успешного усвоения метода конкретным обучаемым. Однако 10—12 % — это лишь критерий эффективности усвоения аутогенных упражнений. В процессе систематических занятий без специальной направленности на «эстрадные» эффекты частота сердечных сокращений снижается на 15—19, а в случае применения обратной связи — на 15—25 % в процессе гетерогенных занятий и на 8—10 % вне последних (рис. 15).

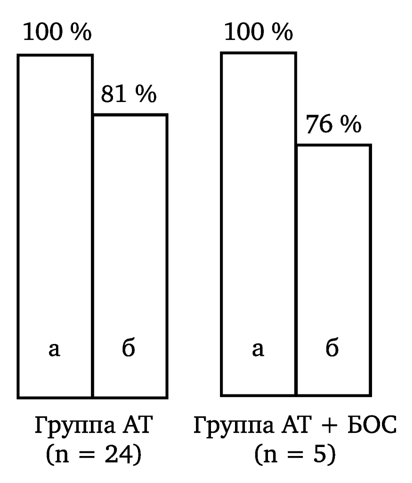

Рис. 15. **Эффективность освоения аутогенных упражнений, направленных на регуляцию частоты сердечных сокращений без и с применением биологической обратной связи (БОС) через 4 нед. после окончания обучающего курса в процентах к исходному уровню:**
объективный контроль осуществлялся с помощью пульсотахометра аппарата «Физиолог-М» (собственные наблюдения) а — до АТ; б — после АТ

Цвет и сенсорная репродукция

При сюжетной сенсорной репродукции, которая в качестве одного из основных элементов входит в рекомендуемые нами приемы (методы самовоспитания, идеомоторной тренировки, отвлечения и др., см. гл. 6), существенное значение имеет цвет или окраска вызываемых образов. Известно, что у каждого человека имеется свое более или менее отчетливое отношение к тому или иному цвету и их различным сочетаниям, что позволило использовать цветовые предпочтения в качестве диагностических методов. Нашим сотрудником С. В. Черняниным в 1982 г. была предложена методика «Контрасты», в основе которой лежат предпочтения сочетаний различных цветов, выражае-

мые в 10-балльной шкале и характеризующие эмоциональное состояние, а также некоторые «базисные» свойства обследуемых. Получаемые с помощью методики «Контрасты» показатели достоверно и разнонаправленно коррелируют с тревожностью, стрессоустойчивостью, некоторыми вегетативными индексами и показателями межличностного восприятия. Склонность к тому или иному цвету или сочетанию цветов может существенно меняться под воздействием самых различных факторов, в то же время у каждой личности имеются устойчивые предпочтения, составляющие «личную цветовую шкалу» как одно из проявлений индивидуальности.

В плане диагностики существенное значение имеет отношение к тем или иным цветам самих пациентов, информацию о котором можно получить не только путем тестирования или расспроса, но и наблюдения[1] (цвет костюма, галстука и т. д.). В отдельных случаях «социализированные» (и поэтому приобретающие знаковый характер) цвета могут оказывать такое же сильное воздействие, как и слова (например, портрет близкого человека в черном обрамлении).

При гетерогенных занятиях и заданиях на дом по аутогенной сенсорной репродукции используемые образы необходимо целенаправленно «окрашивать», давая пациентам обоснованные рекомендации. При отсутствии таких рекомендаций пациенты «окрашивают» образы самостоятельно, при этом не всегда адекватно. В этих целях на основании рекомендаций Г. Филинга и К. Ауэра и собственного опыта нами предлагается использовать данные о психоэмоциональном воздействии цвета, приведенные в табл. 5.

Таблица 5

Воздействие цвета на психоэмоциональное состояние в зависимости от локализации на «развертке» сюжетного образа при аутогенной тренировке

Цвет	Локализация		
	вверху	боковые поверхности или перспектива	внизу
Красный	Возбуждает, мобилизует, оказывает эротогенное воздействие	Возбуждает	Воспринимается неестественно, может «обжигать»
Розовый	Ощущение легкости, счастья	Чувство нежности	Часто ассоциируется с обонятельными ощущениями
Оранжевый	Способствует концентрации внимания	Ощущение тепла, способствует релаксации	Эффект «приподнятости» и тепла, иногда воспринимается неестественно

[1] В целом, имея достаточный опыт психологического и клинико-психологического тестирования, мы считаем, что тесты, хотя и являются в ряде случаев довольно удобным и необходимым инструментом, но не привносят принципиально нового, по сравнению с тем, что можно получить в процессе обычного наблюдения и беседы.

Окончание табл. 5

Цвет	Локализация		
	вверху	**боковые поверхности или перспектива**	**внизу**
Желтый	Вызывает приятные ощущения разрядки, отвлечения, способствует релаксации	Возбуждает, может вызывать неприятные ощущения	Эффект приподнятости, иногда парения
Зеленый	Воспринимается неестественно	Успокаивает	Успокаивает, «охлаждает», может оказывать снотворное действие
Голубой	Ощущение лег кости, способствует релаксации	«Охлаждает», вызывает отчуждение	«Охлаждает» (более выраженно, чем зеленый)
Синий	Вызывает тревожность, беспокойство	Отчуждение в группе и в отношениях «врач — пациент»	Тревога, «холод», ощущение бездны
Коричневый	Чувство тяжести, давления (для усиления чувства тяжести использовать нс рекомендуется)	Угнетает, усиливает ипохондрическую настроенность	Ощущение уверенности, твердости

С учетом клинико-психологической направленности ***сюжетная развертка седативного характера***, используемая в процессе групповых занятий, приобретает следующий вид (используется на фоне состояния релаксации): «Представьте себе как можно ярче — теплый летний день…, голубое-голубое небо…, неяркое летнее солнце…, слегка розовеющие по краям облака… Вы стоите на ровном бескрайнем поле…, теплой коричневой земли почти не видно — повсюду мягкая зеленая-зеленая трава…, как можно ярче представьте — зеленая-зеленая, до самого горизонта…, невдалеке от Вас зеленеет лес…, сквозь зелень под ногами видны белые и розовые цветы…» и т. д. Аналогичные рекомендации даются в заданиях на сенсорную репродукцию при самостоятельных занятиях и при использовании метода внушенных сновидений (см. ниже).

В ряде случаев важно обратить внимание пациентов на целесообразность сознательного выбора цвета одежды (рубашки, платья, костюма, галстука и т. д.) в зависимости от необходимости моделировать то или иное настроение. Художественно одаренные личности, тонко и чутко воспринимающие окружающий мир, нередко прибегают к подобным приемам. Так, известный автор детективных романов — Жорж Сименон, — по его признанию, для повышения работоспособности часто надевал по утрам красную пижаму. Красный цвет оказывал на него сильное мобилизующее воздействие: «Мне нередко случалось, не выле-

зая из красной пижамы, писать вот таким образом по шесть-семь рассказов в день (!)»

Известно также, что еще В. М. Бехтерев использовал цвет в целях усиления психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние своих пациентов. В клинике нервных болезней Военно-медицинской академии до сих пор сохранилась комната, где В. М. Бехтерев проводил сеансы психотерапии. В этой комнате есть выдвижные рамы со стеклами красного и синего цвета.

У больных в состоянии депрессии намного улучшалось настроение, если психотерапия проводилась при красном свете и, наоборот, синий свет благотворно действовал при возбуждении.

При всех спорах о различиях в действии того или иного конкретного цвета на эмоциональное состояние человека имеются общие закономерности: длинноволновая часть видимого спектра (наибольшая длина волны — у красного цвета, затем у оранжевого и желтого и т. д.) действует возбуждающе (мобилизует, стимулирует), а коротковолновая (начиная с голубого цвета) — успокаивает или угнетает. Эти сведения также целесообразно сообщать пациентам и рекомендовать им учиться самостоятельно подбирать необходимый цвет как в целях стимуляции, так и коррекции своего состояния.

Сочетание аутогенной тренировки с музыкотерапией

Применение музыки как одной из разновидностей эстетотерапии нашло особенно широкое использование в сочетании с аутогенной тренировкой. В 1973 г. Апрелевский завод грампластинок выпустил специальные записи «Мелодии спокойного сна. Аутогенная тренировка», подготовленные В. Я. Ткаченко, которые быстро разошлись, хотя, по нашему мнению, текст занятий и их исполнение весьма далеки от совершенства.

Эстетическое восприятие, основанное на способности переживать различные явления действительности как прекрасные или возвышенные, пока мало изучено. Лишь последние работы, в которых музыкальные и художественные произведения анализируются на основе информационного подхода [Орлов Ю. К., 1980; Голицын Г. А., 1980], слегка приподнимают существовавшую веками завесу таинственности. В частности, работы приведенных выше авторов показали, что построение большинства произведений великих мастеров подчинено строгой математической логике, которая, конечно же, не осознавалась гениями искусства в момент творения. В частности, речь идет о логике, количестве и соотношении длинных и коротких повторов. Воспринимая музыкальное произведение, слушатель всегда создает в своем воображении параллельно разворачивающуюся музыкальную структуру, в основе которой, по нашему мнению, лежат все те же механизмы «опережающего отражения», когда каждый новый стимул не только ожидается,

но и активно запрашивается извне. Совпадение ожидания с реальным развитием музыкальной фразы и создает то прекрасное чувство удовлетворения, обычно характеризуемое как эстетическое восприятие. Музыкальное произведение, полностью состоящее из неожиданностей («какофония»), так же, как и бесконечно тянущаяся одна нота, не только не вызывает эстетических ощущений, но может приводить и к психическим нарушениям. Конечно же, приведенными выше эффектами не исчерпывается все воздействие музыки на психику — существенное значение имеют культурные установки и социализация восприятия.

Нами уже отмечалось, что между «вижу», «слышу» и «чувствую» разница является весьма условной, а привычное деление на субъективное и объективное также отчасти субъективно. Воздействие музыки на психику, вне сомнения, можно считать объективным психическим феноменом, о котором никогда не следует забывать в процессе психотерапии.

Применение музыкального сопровождения занятий, как показали наши исследования, существенно повышает эффективность гетеротренинга. Подбор произведений всегда индивидуален и должен соответствовать личным установкам врача как руководителя занятий, стилю и методике их проведения. Слияние формул самовнушения и музыкальных фраз в единое целое или, что бывает чаще, «наслоение» формул самовнушения на музыкальные фразы является обязательным условием, поэтому руководитель тренировки должен тонко чувствовать музыкальное произведение, чтобы не уподобиться неумелому танцору, которому никак не удается «попасть в такт».

В процессе сеансов гетеротренинга (за исключением комплекса «Мобилизация») музыка должна звучать очень тихо, находясь как бы за кадром, не приглушая задающих формул и шепотного подтекста. Особое значение подбор произведений приобретает при моделировании настроения. Мы не рекомендуем использовать для этого модные шлягеры или популярные новинки. Опыт показывает, что достаточно длительное и универсальное эмоциональное воздействие без эффектов «пресыщения» оказывают лишь классические произведения (в частности, мы использовали произведения П. И. Чайковского, С. В. Рахманинова, И. С. Баха, Ф. Шопена, К. Глюка, Л. Бетховена).

Одним из наиболее выразительных средств воздействия музыки является ритм. Чередование долгих и кратких, «тяжелых» и «легких» звуков обычно вызывает выраженные ассоциации с физическими движениями. Однако музыка вызывает не только моторные ассоциации, но и целую гамму эмоционально-психологических переживаний, окраска которых всегда глубоко индивидуальна. Тем не менее, каждому типу музыкального произведения и темпу его исполнения соответствуют вполне определенные субъективные ассоциации или переживания. В процессе психотерапии обычно используются музыкальные произведения, исполняемые в медленном темпе, которые в зависимости от эмоциональной окраски и художественного выражения той или иной музыкальной формы могут ассоциироваться со скорбью, спо-

койно-повествовательным или умиротворяющим воздействием. Естественно, что использование произведений, усиливающих или вызывающих ощущения тоски или скорби, в процессе психотерапевтических сеансов нежелательно.

Предложенное В. Леви описание психотерапевтического воздействия музыки в континууме «удовольствие — неудовольствие» далеко не исчерпывает всех вариантов ее эмоционально-психологического воздействия. По нашему мнению, глубокое влияние на психоэмоциональное состояние человека музыка приобретает прежде всего в силу субъективной значимости и ее смысловой, также глубоко индивидуальной, интерпретации, тесно связанной с прежним опытом и всем тем, что вкладывается в понятие «личностный смысл». В значительной степени подобное мнение ранее высказывалось музыковедом В. В. Медушевским (1976), выдвинувшим гипотезу о художественном моделировании эмоций в музыке, который считает, что ассоциативные связи при восприятии музыкальных произведений формируются в рамках индивидуального опыта и культуральных традиций.

Исследования по воздействию музыки на состояние человека пока немногочисленны. В отдельных работах было показано, что любители музыки и музыканты-профессионалы по ряду психологических показателей отличаются от людей, характеризующих себя как «равнодушных» к этому виду искусства. Эти отличия, в частности, проявляются в большей гибкости мышления, богатстве воображения, более выраженной сенситивности и склонности к невротическим реакциям, а также в более низкой моральной нормативности [Сыроежина Ю. И., 1984]. Приведенные данные могут иметь определенное диагностическое значение. Другими авторами отмечалось, что сочетанное или изолированное применение музыкотерапии при лечении знатоков этого вида искусства и профессионалов не всегда сказывает позитивное влияние, так как они склонны к критическому анализу исполнения и фиксации на форме музыкального произведения [Вейсова З. А., 1983]. По-видимому, эти данные также следует учитывать при формировании психотерапевтических групп.

В целом же следует согласиться со специалистами в области спортивного аутотренинга Е. И. Смаглием и Е. П. Щербаковым (1982), что «глубокого теоретического обоснования музыкотерапии пока нет». Бесспорно, был прав и P. Broca, когда писал: «Всякое безвредное средство, оказавшееся успешным хотя бы однажды, заслуживает изучения». В полной мере это относится и к музыкотерапии.

***

Нами приведены наиболее общая схема и последовательность усвоения основных (базисных) упражнений аутогенной тренировки, которые могут широко варьировать при практическом использовании метода квалифицированным специалистом. Наши наблюдения убеждают в том, что не следует проводить занятия по заранее напи-

санному тексту, разве что иметь его под рукой при отсутствии достаточного опыта работы. При проведении гетерогенных тренировок врач должен выполнять упражнения совместно с обучаемыми, постоянно чувствуя аудиторию, сверяясь со своими ощущениями, при необходимости усиливая суггестивное воздействие или, наоборот, применяя методы активизации обучаемых. Таким образом, каждое занятие становится в известной степени творческим актом, а продуктивность обучения в значительной мере зависит от взаимодействия обучающего врача с аудиторией. Личность врача имеет самостоятельное значение в эффективности обучения и практического применения метода. К сожалению, личность психотерапевта как специфическая категория пока мало исследована.

И только субъективный опыт, интегрируя восприятие выражения лица и глаз, манеры держаться, тембра голоса, построения речи и общего впечатления, которое производится на окружающих, с некоторой вероятностью позволяет сказать — получится или не получится из конкретного врача хороший психотерапевт.

Несмотря на уже достаточно длительную историю медицинского применения, внушаемость человека и ее феномены все еще нередко воспринимаются почти на средневековом уровне, а личность психотерапевта порой ассоциируется с неким факиром или фокусником. Даже среди врачей иногда возникает такой диалог: «Я слышал, ты занимаешься гипнозом? Загипнотизируй меня». Такая просьба столь же нелепа, как, скажем, обращение вполне здорового коллеги к хирургу: «Я слышал, ты занимаешься хирургией сердца? Прооперируй меня». От подобной, мягко говоря, психотерапевтической необразованности нередко проистекает недоверие к терапии внушением и порой неуважение или суеверный страх по отношению к психотерапевту. Возможно, наш пример с хирургом кому-то покажется неубедительным. Возьмем более простой случай. Если у вас никогда не болела голова — как можно убедить вас, что тот или иной препарат при головной боли для вас наиболее эффективен или что он вообще как-либо действует? И даже, если вы примете препарат, он вам «не поможет», потому что не от чего помогать. Так же и внушение применимо и эффективно там и в тех случаях, когда оно нужно, необходимо.

Обращаясь к вопросу о внушаемости, самовнушаемости и гипнабельности, необходимо сказать, что мы ни разу не встретились с отсутствием эффекта или полной рефрактерностью к лечебному внушению в тех случаях, когда оно было показано, а побуждением к применению психотерапевтических методов были не «эстрадные» эффекты, а активное стремление врача и больного к выздоровлению или облегчению страданий последнего.

При работе со здоровыми лицами очень часто приходится отвечать на вопрос: «Можно ли самостоятельно овладеть приемами аутотренинга?» На этот вопрос, конечно, нужно отвечать утвердительно: «Да, можно, как можно самостоятельно изучить иностранный язык или, ска-

жем, овладеть приемами каратэ». Однако многим ли это удается? Участие во всех указанных занятиях преподавателя, тренера или врача — вот гарантия и залог успеха. Применение же аутогенной тренировки у больных, в том числе и обучающий курс, по нашему мнению, может проводиться только врачом.

Глава 6
СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ НА ОСНОВЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Систематические занятия аутотренингом, представляя по своей сути тренировку основных нейрорегуляторных психофизиологических механизмов, в ряде случаев оказывают самостоятельное позитивное воздействие, о котором уже говорилось при изложении нейропсихологических и нейрофизиологических эффектов релаксации. Состояние человека, являясь субъективно-объективным феноменом, интегрирующим гомеостатические характеристики организма и личности, наиболее чутко и весьма индивидуально отражает малейшие как отрицательные, так и положительные сдвиги. В то же время самооценка собственного состояния, в силу ее субъективной представленности, существенно зависит от особенностей личности, характера и темперамента, объединяемых понятием «индивидуальность». Именно индивидуальность каждого конкретного человека определяет то бесконечное многообразие клинических симптомов и синдромов, которые возникают в ответ на практически идентичные воздействия. Она же определяет и вариации психотерапевтического воздействия в зависимости от особенностей наблюдаемых клинических проявлений и своеобразия личности больного.

По нашему мнению, подобно тому, как не существует лечения гипнозом, а есть лечение внушением в гипнозе, также не существует и терапии аутогенной тренировкой, а лучше говорить о лечении в аутогенном состоянии, реализуемом преимущественно с помощью приемов самовнушения, сенсорной репродукции, а также путем приобретения навыков и развития способности к целенаправленной регуляции некоторых вегетативных и соматических функций на основе вербально-висцеральных и сенсорно-репродуктивно-висцеральных рефлексов. Поэтому прежде чем перейти к изложению специальных методов и упражнений, реализуемых на основе аутогенной тренировки, обратимся к понятию «аутогенного состояния».

Аутогенное состояние

Большинство авторов, занимающихся теорией и практикой аутотренинга, на основании специфических феноменов, наблюдаемых в экс-

рименте и клинике, выделяют особое состояние сознания, которое обычно называют «аутогенным состоянием». С учетом субъективных наблюдений пациентов, психофизиологических и ЭЭГ-исследований в настоящее время сформировано 3 гипотезы аутогенного состояния, отличающиеся отношением последнего к основным физиологическим переходным фазам в континууме «активность — сон».

Первая гипотеза рассматривает аутогенное состояние именно как этап в последовательных стадиях перехода от бодрствования ко сну (рис. 16).

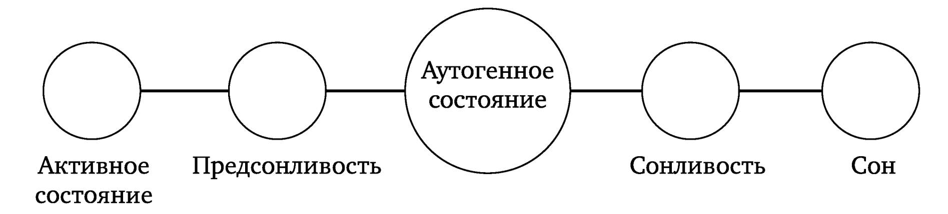

Рис. 16. **Гипотеза об аутогенном состоянии как этапе перехода от бодрствования ко сну (по W. Luthe)**

В соответствии с этой гипотезой предполагается, что обучение аутогенной тренировке позволяет целенаправленно вызывать и удерживать особое состояние, среднее между «предсонливостью» и «сонливостью». При этом допускается, что человек может прямо перейти из аутогенного состояния как в состояние активности, так и в состояние сна (см. рис. 16).

Другая гипотеза характеризует аутогенное состояние как специфические психофизиологические изменения, которые не могут рассматриваться как одна из промежуточных фаз «сна — бодрствования». Но при этом добавляется, что аутогенное состояние может быть транзиторно связано с этими фазами.

В этой гипотезе вводится понятие аутогенного смещения («Autogening shift»). В процессе усвоения обучающего курса аутогенное смещение может идти через предсонливость (рис. 17, 1). У хорошо тренированных субъектов аутогенное смещение появляется почти сразу вслед за активным состоянием (рис. 17, 2). В зависимости от эффективности обучения и применяемой техники занятий аутогенное смещение может развиваться на промежуточной стадии между активностью и предсонливостью (рис. 17, 3).

Авторы этих гипотез P. Geismann, A. Jus[1] и W. Luthe считают, что: а) прямое смещение из сонливости в аутогенное состояние невоз-

[1] Позднее A. Jus и K. Jus (1977) было предложено компромиссное решение. Оно заключалось в том, что во время упражнений «Тяжесть» и «Тепло» уровень бодрствования значительно снижается и только во время упражнений «Дыхание» и «Сердце» возникает аутогенное состояние. С этим трудно согласиться, так как, по нашему мнению, комплексы «Дыхание» и «Сердце», хотя и входят в состав базисных упражнений, но лишь условно и не являются основой аутогенного состояния.

можно; б) переход из аутогенного состояния ко сну осуществляется через фазу предсонливости (рис. 17, 4).

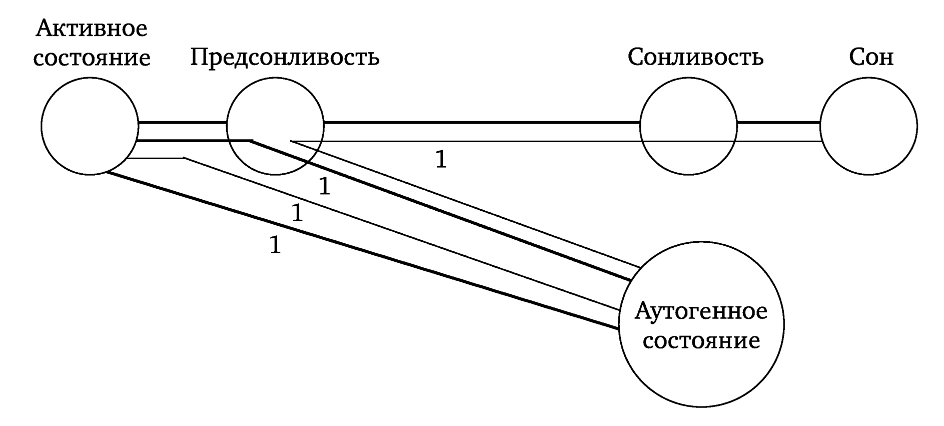

Рис. 17. **Гипотеза об «аутогенном смещении» (по W. Luthe):**
нумерация линий обозначает возможные варианты перехода в аутогенное состояние из различных переходных фаз в континууме «сон — бодрствование»

Третья гипотеза (S. Dongier и др.) исходит из предположения, что аутогенное состояние характеризуется специфическими функциональными изменениями, которые вообще не связаны с переходными фазами «сон — бодрствование». Эта гипотеза, так же как и две предыдущие, обосновывается экспериментальными данными и клиническими наблюдениями. В частности, анализ динамики пространственно-временных паттернов ЭЭГ показывает, что аутогенное состояние, как уже отмечалось, может развиваться прямо из состояния активности, минуя стадию предсонливости. Кроме этого, хорошо известно, что человек, находящийся в аутогенном состоянии, не спит, а возможное развитие дремоты и сонливости в ряде случаев зависит от хронического или острого недосыпания. Далее авторы гипотезы отмечают, что аутогенное состояние обычно ассоциируется с повышением способности к самоотчету и самосознанию, специфическими особенностями которых являются повышение чувствительности к эндогенным стимулам и селективное ограничение внешних воздействий. В подтверждение своей гипотезы авторы также приводят анализ ЭЭГ, изменения которой при аутогенном состоянии отличны от аналогичных временных и пространственных паттернов при гипнозе, сонливости и обычном сне.

Наши собственные исследования показали, что при выполнении релаксирующих упражнений (в первой фазе аутогенной тренировки) на ЭЭГ преобладают изменения, характерные для тормозного процесса, а во второй фазе (пассивной концентрации внимания) на ЭЭГ регистрируются биоэлектрические сдвиги, свидетельствующие об активной корковой деятельности. Аналогичные данные были получены K. Sipos (1980), в частности, автором было обосновано, что увеличение альфа-активности во время аутогенной тренировки существенно отличается

от гиперсинхронной альфа-активности при сонливости и паттернов ЭЭГ, записанных в состоянии покоя при закрытых глазах[1]. Сравнивая активность левого и правого полушарий, автор отмечает, что в начале аутогенных упражнений ЭЭГ, регистрируемые с левой и правой стороны, почти не отличаются друг от друга, а при переходе к самостоятельным упражнениям на «правой стороне обнаруживается доминантная активность с тенденцией к уменьшению мощности». Суммируя собственные наблюдения, K. Sipos делает заключение, что аутогенная тренировка, способствуя «усилению деятельности альфа-генератора на всей поверхности мозга», в то же время вызывает повышение активности субдоминантного полушария. Эти данные в целом подтверждают основные положения гипотезы S. Dongier и соавт.

Исходя из клинических наблюдений и экспериментальных исследований, по-видимому, следует признать, что последняя гипотеза более адекватно отражает сущность изменений в состоянии сознания, наблюдаемых при применении аутогенной тренировки. В то же время практический опыт показывает, что в процессе обучающего курса, а часто и в течение длительного последующего периода, не испытав и не зная специфических характеристик аутогенного состояния, пациенты вначале идентифицируют его с состоянием предсонливости. Активное и эффективное терапевтическое воздействие аутогенной тренировки в этот период весьма ограниченно. Впоследствии при реидентификации предсонливости и редукции ее как составляющей «аутогенного сдвига» обучаемые приобретают способность вызывать у себя аутогенное состояние, минуя стадию предсонливости[2]. Имея много общих сомато- и нейрофизиологических компонентов, сонливость, гипнотическое и аутогенное состояния отличаются прежде всего по характеристикам состояния сознания: активного при аутогенном состоянии, «выключенного» во время естественного сна и подавляемого во время гипнотического внушения. Вводя в гипотетическую схему гипнотическое состояние, ее можно представить в том виде, как она приводится на рис. 18.

***

Таким образом, аутогенное состояние представляет собой специфический вид активности, направленность которой сознательно переносится с внешней на внутреннюю сферу — интерорецептивных ощущений и интрапсихических взаимодействий при одновременном повышении уровня функционирования субдоминантного полушария. Проведенное теоретическое обоснование позволяет сделать предположение, что классическая схема характеристик сознания в континууме

[1] K. Sipos (1980) было также показано отличие ЭЭГ при проведении гетерогенных и самостоятельных (собственно аутотренинг) тренировок.

[2] Сходные явления (хотя и прямо противоположной направленности с точки зрения активности сознания) наблюдались нами у высокогипнабельных субъектов, обнаруживающих явления сомнамбулизма без характерных переходных фаз.

«сон — бодрствование» не исчерпывает всех возможных вариантов состояния сознательной и неосознаваемой активности, а снижение корковой (в том числе и объективно регистрируемой) активности, по-видимому, не является прямым коррелятом уровня сознания.

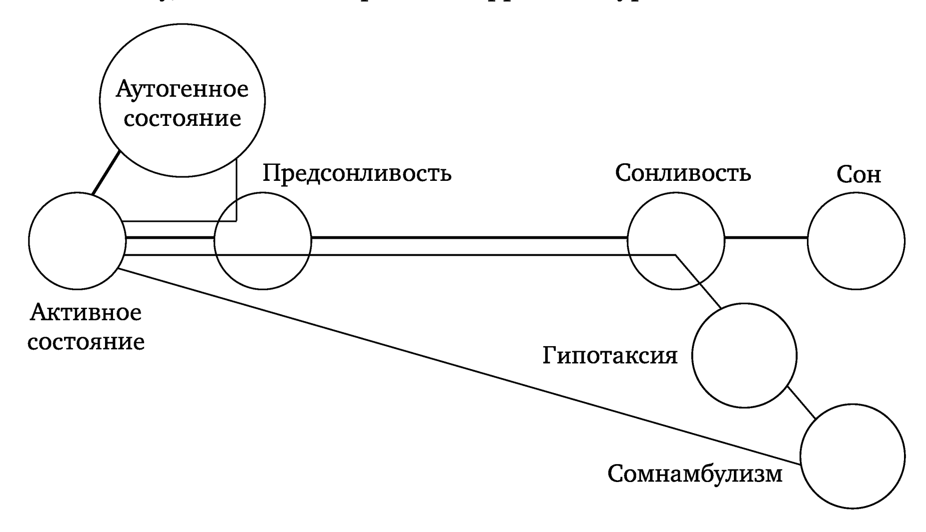

Рис. 18. **Переходные состояния человека при гипнотерапии и аутотренинге**

Методы индивидуальной психогигиены и психокоррекции

Рекомендуемые нами специальные методы индивидуальной психогигиены, психотерапии и психопрофилактики, за небольшим исключением, не являются оригинальными психотерапевтическими приемами. Многие из них предлагались другими авторами в качестве самостоятельных (например, имаготерапия по И. Е. Вольперту) или вспомогательных (метод отвлечения по В. М. Бехтереву). Объединение различных методов в рамках комплексной методики, дифференциация показаний к ним и их использование на основе психофизиологических механизмов аутогенной тренировки способствуют существенному повышению эффективности реализации их лечебного воздействия.

Метод самовоспитания

Рассматривая проблему лечебного перевоспитания, одни авторы (М. С. Лебединский) считают, что оно не может быть целью лечения, другие (В. Н. Мясищев) относят эту проблему к медицинской педагогике. Не вдаваясь в полемику, мы полностью солидаризируемся с мнением С. С. Либиха, который пишет: «...Если можно спорить о месте лечебного перевоспитания в индивидуальной психотерапии, то в коллективной психотерапии оно становится одной из главных задач».

Самовоспитание — это активный процесс формирования человеком себя как личности в соответствии с сознательно поставленной

целью на основе социально обусловленных представлений об идеале собственного «Я». В основе самовоспитания лежат самонаблюдение и самооценка. Способность к самонаблюдению складывается в ходе психического развития; при этом происходят обобщение и рационализация внутренних форм психической деятельности, что находит свое выражение в образовании новых сознательных типов их регуляции. Таким образом, самовоспитание возможно лишь при достижении определенной духовной и нравственной зрелости человека. Самооценка является одним из важнейших компонентов самосознания, включающих не только знания о самом себе, но и более или менее объективную оценку самого себя, своих способностей, эмоционально-волевых и нравственных качеств. Самооценка всегда относительна и является трансформированной оценкой других. К. Маркс писал: «Человек сначала смотрится, как в зеркало, в другого человека. Лишь отнесясь к человеку Павлу, как к себе подобному, человек Петр начинает относиться к самому себе как к человеку»[1]. Самооценка может быть адекватной и неадекватной. Ее адекватность выражается в относительно объективном соотнесении своих сил, способностей и возможностей с жизненными или профессиональными задачами и с требованиями социального, как правило, ближайшего окружения.

В психоневрологии чаще всего приходится иметь дело с неадекватной самооценкой — завышенной или заниженной. Завышенная самооценка часто сопровождается высоким уровнем притязаний, который не обеспечивается всей суммой физических и интеллектуальных способностей личности. В этом случае возникает выраженное расхождение между самооценкой и оценкой окружающих, следствием чего является фрустрация. S. Rosenzweig, создавший эвристическую теорию фрустрации, считает, что она имеет место всякий раз, когда личность встречается с более или менее непреодолимыми препятствиями в удовлетворении каких-либо жизненных потребностей (в том числе нравственных: любовь, уважение, признание заслуг и т. п.). При этом не важно, являются ли эти препятствия объективными или лишь субъективно-непреодолимыми. В определенной степени фрустрация представляет состояние, противоположное стрессу: когда, встречая препятствие, человек борется с ним, возникает нервно-эмоциональное напряжение, но фрустрации нет.

В преодолении повседневных «житейских трудностей» человек и формируется как личность, вырабатывая устойчивые, социально одобряемые стереотипы поведения, деятельности и общения.

Розенцвейг выделяет 3 типа ситуаций, которые приводят к фрустрации.

1. «Лишение» — когда отсутствуют необходимые средства для достижения цели. «Лишение» делится на внешнее (лишение пищи при чувстве голода, отсутствие средств для приобретения страстно желаемой вещи и т. д.) и внутреннее (например, желание написать книгу при отсутствии способностей к художественному творчеству).

[1] *Маркс К., Энгельс Ф.* Соч., изд. 2, т. 23, с. 62.

2. «Депривация» — утрата чего-либо: внешняя (утрата близкого человека, дорогой вещи и т. п.); внутренняя (утрата привычного статуса, импотенция и т. д.).

3. «Конфликт»: внешний (например, любовь к женщине, не отвечающей взаимностью); внутренний (например, сознание невозможности соединения с любимой женщиной, так как она является ровесницей дочери и т. п.).

Несмотря на некоторую спорность положений S. Rosenzweig, следует признать, что в клинической практике приходится встречаться со всеми типами отмеченных ситуаций и интерперсональных нарушений.

Если оценки окружающих выше самооценки личности, то расхождение между ними может стать фактором, стимулирующим развитие личности, когда человек активно стремится достигнуть уровня общественно значимой оценки. Однако в клинической практике чаще приходится сталкиваться с чрезмерно заниженной самооценкой («самоуничижением»), являющейся эквивалентом психической и часто социальной демобилизации личности, «ухода в себя».

Одной из главных психических категорий, лежащих в основе самовоспитания личности, являются представления об идеале собственного «Я».

В процессе индивидуального развития и жизни человек рассматривает свои психические и физические способности как средство реализации жизненных и профессиональных устремлений. В связи с этим значимые способности и черты характера постепенно развиваются, становясь все более и более соответствующими субъективному представлению о «Я-образе». Формирующиеся в процессе жизни мотивационные установки на те или иные социальные или профессиональные достижения способствуют активизации этого процесса путем сознательного самовоздействия. Соответствующим образом «отрицательные» свойства личности постепенно сознательно вытесняются или подавляются. Таким образом, *самовоспитание как естественный сугубо человеческий процесс, в конечном итоге, направлено на повышение социальной или профессиональной адаптации.*

В то же время необходимо отметить, что, несмотря на достаточное теоретическое обоснование, практическое самовоспитание чаще всего носит стихийный (эмпирический) характер у каждого отдельного человека и в большинстве случаев, как активный сознательный процесс (способ самовоздействия), становится достоянием личности лишь по достижении существенного жизненного, профессионального и субъективного опыта, включающего и знания о самом себе. Клиническая практика и наблюдения за здоровыми людьми показывают, что лица с невротическими нарушениями (или с предрасположенностью к ним), испытывая трудности в социальной или профессиональной адаптации, связанные с их определенными личностными особенностями, одновременно склонны воспринимать себя как некую константную данность («уж какой есть»), не только не стремясь к активному преобразованию собственной личности, но даже не допуская такой возможности (часто эгоистично требуя от окружающих учета «специфики их характера»).

За основу метода самовоспитания принимаются создание, фиксация и целенаправленное систематическое самовнушение желаемого (или реконструированного совместно с врачом) «Я-образа». С учетом конкретной ситуации и личности больного пациентам рекомендуется создать мысленный образ уравновешенного, уверенного в себе, выдержанного, спокойного и т. д. человека (или профессионала) и систематически «наслаивать» этот образ на свою личность и поведение, а также на фоне релаксации осуществлять воображаемый «проигрыш» поведения созданного «Я-образа» в различных ситуациях повседневной жизни, общения и профессиональной деятельности. Мы считаем, что применение метода самовоспитания возможно уже начиная с 5-го занятия аутогенной тренировки.

Самовоспитание рекомендуется начинать с самоизучения, которое затрагивает преимущественно прошлое пациента и систему его самооценок. Настоящее, как правило, детерминируется и направлено в будущее. Однако содержание настоящего определяется прошедшим. Таким образом, определяя настоящее, прошлое постоянно вторгается в будущее. Ф. В. Бассин пишет, что «прошедшее» при определенных условиях может принять форму модели будущего, т.е. «воплощать в себе в закодированной форме черты и отношения, последующая реакция которых является наиболее вероятной или наиболее выгодной адаптационно». Применительно к клинической практике, речь чаще всего идет об извращенности адаптационного (социального) реагирования, часто приобретающего характер стереотипных патологически трансформированных реакций (склонность огорчаться по малейшему поводу и «застревать» на своих переживаниях, тревожная мнительность, повышенная раздражительность, излишняя застенчивость и т. п.). Разъяснение пациентам неадекватности подобных реакций проводится как в процессе гетерогенного курса аутотренинга, так и при последующих индивидуальных беседах. Часто такие беседы требуют от врача большой выдержки и терпения, однако затраченное время окупается его экономией в будущем.

На основе самоизучения пациенты самостоятельно или совместно с врачом определяют основные направления самосовершенствования, самопреобразования, которые должны затрагивать вопросы как личной жизни, так и профессиональной деятельности. Кратко эти направления определяются двумя вопросами: «Что я хочу изменить в себе?» и «Чего я хочу достичь?» Такой методический подход обосновывается тем, что активным, деятельным началом в организации и управлении психическими функциями является личность человека, его сознание и самосознание на основе самонаблюдения и реакций окружающих. В этом отношении *сознание человека является системой, несущей в себе функции анализатора анализаторов как в отношении физиологических, так и в отношении психических процессов*. При этом сознание занимает позицию активного самонаблюдателя и контролера. «Противопоставление» сознания по отношению ко всем контролируемым процес-

сам является необходимым условием самоконтроля и саморегуляции [Мировский К. И., 1970]. Сознательное усвоение некоторого минимума знаний по вопросам самовоспитания и их безусловное принятие пациентами является вторым необходимым условием эффективности активной психотерапии. Исходя из всего вышеизложенного, можно сказать, что метод самовоспитания органически входит в систему аутогенной тренировки. В то же время метод самовоспитания имеет много общего с приемами имаготерапии по И. Е. Вольперту.

По И. Е. Вольперту, сущность метода имаготерапии заключается в создании желаемого образа и воспроизведении определенного характера поведения. Этот метод был предложен автором для лечения невротических синдромов различного происхождения, в частности больных, страдающих раздражительностью, изменчивостью настроения, предъявляющих ипохондрические жалобы на неприятные ощущения со стороны внутренних органов. При этом рекомендовалось несколько раз в день по полчаса играть роль спокойного, радостного человека. Чувства изображаемого лица — создаваемого образа — рекомендовалось стараться переживать правдиво, искренне. По данным И. Е. Вольперта, уже через 2—3 мес. такое поведение становится потребностью, естественным состоянием субъекта.

Повышение под влиянием релаксации аутовнушаемости, формирование активной позиции обучаемых по отношению к своему психофизиологическому состоянию, а также вовлечение специфических механизмов формирования адекватных стереотипов поведения (и отношений) путем их сенсорной (сюжетной) репродукции в аутогенном состоянии позволяют объяснить более высокую успешность применения метода самовоспитания на базе аутогенной тренировки. В комплексе метод самовоспитания включает следующие приемы: 1) самоизучение, самооценка; 2) переоценка собственной личности; 3) самоанализ и переоценка прошлого, выявление индивидуальных «психологических барьеров»; 4) создание желаемого «образа — Я»; 5) формирование индивидуальных формул намерения; 6) использование приемов самоубеждения, самопоощрения и самовнушения; 7) сюжетная сенсорная репродукция поведения «Я-образа» в различных ситуациях деятельности и общения; 8) «наложение» стереотипов «Я-образа» на реальное поведение в процессе повседневной жизни и деятельности.

Наши исследования показали, что уже через месяц систематического применения метода самовоспитания положительные перемены в личности пациентов отмечают не только они сами, но и их близкие, знакомые, сослуживцы. При этом отмечалась трансформация таких глубоко индивидуальных особенностей, как мимика, речь, походка, стиль общения, руководства и т. д. При самоизучении пациентам целесообразно рекомендовать письменно изложить или оценить некоторые сферы своей психической деятельности, предлагая им в зависимости от конкретных форм нарушений в системе личностной саморегуляции задающие фразы типа: «Я думаю, что большинство моих бед (огор-

чений, неудач и т. д.) вызваны…», «Самый большой мой недостаток состоит…» и т. п.

Приводим протокол самоизучения пациента Р., 32 лет, учителя истории. Здоров, тревожно-мнительная акцентуация личности.

Он пишет: *Я думаю, что большинство моих огорчений* вызваны моей неуверенностью. Я никогда ничего не боялся, принцип «как бы чего не вышло» — это тоже не то. Просто пока я решался что-либо сделать или сказать, в этом либо отпадала необходимость, либо это делал кто-то другой. Ко мне все относятся как будто хорошо, но как-то вообще хорошо, без интереса. Я никогда не выступаю на собраниях, редко спорю, хотя имею свою точку зрения. Я всегда опасаюсь, что могу вызвать насмешки даже не потому, что сказал что-то не так, а потому, что вообще заговорил, подал голос. Уроки я веду хорошо; ученики, как мне кажется, меня любят, но ведут себя на уроках плохо, поэтому мне не нравятся уроки в старших классах. Мне кажется, даже ученики смотрят на меня как на «неполноценного». У нас всего 5 учителей-мужчин в школе, но когда нужен был мужчина на должность завуча, обо мне даже не вспомнили.

На *уроке*, мне кажется, я говорю хорошо, а при разговоре, особенно с женщинами и старшими, теряюсь… *Друзей* у меня почти нет, мне кажется, потому что мой внешний вид, неуверенность выражения лица и походки не внушают доверия. Хотя, мне кажется, я мог бы быть хорошим другом… Иногда у меня бывают, если так можно сказать, «приступы беспокойства», становится так тревожно на душе, даже думаю — зачем так жить…, хотя причин для беспокойства особых нет. В эти дни стараюсь как бы и говорить тише, и ходить медленнее… *В мечтах я…* часто представляю, как произойдут какие-то необычные обстоятельства и все переменят ко мне отношение…» (приведены отдельные выдержки, общее изложение на 17 тетрадных листах).

Самоотчет того же пациента через 2 мес. после систематического применения метода самовоспитания на базе аутогенной тренировки.

«...У меня стало другое выражение лица, даже походка другая, не совсем другая, но почти. Я по-другому смотрю, иначе обращаюсь к людям, по-другому отвечаю на вопросы. Я даже по-иному работаю. Окружающие иногда смотрят на меня с удивлением и, наверное, шепчутся за моей спиной — что же это со мной случилось, но я не обращаю внимания» (занятия АТ пациент, как и многие другие, скрывал от знакомых и даже родных).

«Вначале я играл себя “нового” только дома и по дороге на работу. Роль “сильного и уверенного человека” мне не подошла (была рекомендована врачом). Я как-то сам решил, что мне ближе роль „уверенного и жизнерадостного“, играю ее с удовольствием, иногда забываю, что играю. Думаю, что самый лучший эффект в ваших упражнениях дают сюжетные розыгрыши в состоянии расслабления. Пользуюсь ими до сих пор... Моей основной формулой намерения “Я спокоен, уверен в себе и жизнерадостен” пользуюсь постоянно, но уже реже, чем вначале. ...Было бы неплохо организовать в школе факультатив саморегуляции для учеников.

...Стандартные упражнения “тяжести” и “тепла” делаю каждый день перед сном».

Учитывая, что нарушения личностной регуляции составляют основу психоневрологической патологии и входят в структуру многих соматических заболеваний, активное использование метода самовоспитания на базе аутогенной тренировки показано в большинстве случаев, являясь естественным продолжением обучающего курса.

Метод аутогенной психологической десенсибилизации

Термин «сенсибилизация», получивший широкое распространение в аллергологии, пока очень ограниченно применяется в психотера-

певтической практике. В наиболее общем виде под сенсибилизацией понимается повышение чувствительности (например, рецепторов) к воздействию каких-то определенных, адекватных или неадекватных раздражителей. Клинические наблюдения позволяют говорить о том, что сенсибилизация может проявляться не только на уровне рецепторов или отдельных анализаторов, но и на психическом и поведенческом уровне, обнаруживая все признаки «психоаллергического процесса». Десенсибилизация при аутогенной тренировке направлена на ликвидацию или ослабление чувствительности к психотравмирующим воздействиям. Приведем пример из наших наблюдений.

Пациент Н., завуч поселковой школы, 29 лет, женат, имеет ребенка, проживает с родителями. Из анамнеза: год назад в связи с болями в области сердца находился на обследовании в кардиологическом стационаре. Отклонений в состоянии здоровья выявлено не было. Перед выпиской играл в шахматы с соседом по палате. Во время игры партнер внезапно скончался от остро развившегося кардиогенного шока. После нескольких минут оцепенения Н. выпрыгнул из окна (первый этаж) и в пижаме убежал домой.

Таким образом, первичное развитие заболевания шло по типу аффекта, однако в дальнейшем приобрело характер «психоаллергии».

Через некоторое время Н. стал замечать, что малейшее, даже косвенное, упоминание в разговоре, кинофильме, книге слова «смерть» вызывает у него резкое ухудшение самочувствия, бледность, слабость, потребность лечь, тахикардию и повышение артериального давления.

Указанные явления удерживались в течение нескольких дней. До обращения к нам лечился у невропатолога, кардиолога и гипнолога без существенного улучшения. После ускоренного курса обучения базисным состояниям аутотренинга (6 сеансов гетеротренинга — только упражнения «тяжести» и «тепла») на фоне релаксации больным самостоятельно проведен двухнедельный курс аутогенной десенсибилизации. Сущность самовоздействия заключалась в многократном образном представлении ступенчато усиливаемого сенсорного образа, вызывающего повышенную психоэмоциональную и вегетативно-сосудистую реакцию. Усиление аффектогенной эмоциональной окраски сенсорного образа от занятия к занятию рекомендовалось «дозировать» по появлению признаков легкого беспокойства, однако при этом постоянно помнить, что конечной целью этих упражнений является спокойное реагирование на образное представление «той самой ситуации». В качестве отправной точки больному было предложено начать с общих размышлений на тему «Жизнь имеет начало и конец», которые после выхода из аутогенного состояния должны были обязательно вербализироваться. Контрольные собеседования с врачом проводились 1 раз в 3 дня.

В течение 2 нед. больным самостоятельно было проведено около 50 сеансов лечебного аутотренинга с последующей вербализацией. Во время последнего собеседования с врачом при упоминании о смерти

аффектогенная ситуация излагалась Н. совершенно спокойно, буквально в двух фразах: «Мы сидели, играли в шахматы, а потом он упал и умер». Вегетативные реакции в норме. При катамнестическом наблюдении в течение 5 лет рецидива нет.

Сходные или подобные методы были предложены и другими авторами, которые показали, что эффективность аутогенной тренировки в целях коррекции отклонений в нервно-эмоциональной сфере существенно повышается, когда пациент находится в определенном (исходном) состоянии, которое и требуется изменить. Методика «психической саморегуляции при искусственно вызванной тревоге» как метод психотерапевтического воздействия рекомендовалась А. С. Слуцким и А. С. Роменом[1]. При этом авторы подчеркивали, что наиболее стойкий и лучший результат может быть получен в тех случаях, когда занимающийся аутотренингом сможет целенаправленно вызвать беспокоящее его расстройство. Несмотря на некоторые отличия, эти приемы, бесспорно, близки к методу десенсибилизации.

Приведенный случай из нашей практики показывает позитивное влияние метода десенсибилизации при нарушениях психической регуляции, протекающих преимущественно на психофизиологическом и поведенческом уровне. Приведем еще один пример несколько иного плана.

Больной Г., 20 лет, работник аэропорта, авиамеханик. Обратился с жалобами на появление эритемы и пузырей на открытых участках кожи лица и рук при малейшем контакте с холодным воздухом, водой, снегом. До этого лечился у дерматолога без существенных признаков улучшения. На период обращения к нам ходил на работу и с работы (в марте) в перчатках, шапке, закрывая лицо шарфом. В процессе изучения анамнеза и личности больного выяснилось, что пациент постоянно работает в помещении, теплолюбив. 2 мес. тому назад (в январе) в связи с дисциплинарным нарушением возникла угроза перевода на менее квалифицированные работы вне помещения, непосредственно на стоянке самолетов. Тогда же появились и первые признаки эритемы.

Психический фактор в этиологии заболевания был установлен и дерматологом, который доходчиво объяснил больному, что его заболевание «нервное и связано с нежеланием работать на улице», однако, естественно, это не принесло успеха.

Больному поставлен диагноз «холодовый дерматит»; отмечено, что ситуация с угрозой дисциплинарного наказания имеет очень ограниченную связь с заболеванием, в основе которого лежат нарушения нервной регуляции и чувствительности к температурным воздействиям.

После краткого обучающего гетерогенного курса (6 занятий — упражнения «тяжести» и «тепла») больному рекомендовано ежедневно по 3—4 раза в день в состоянии аутогенного расслабления представлять, что прохладный воздух освежает его лицо, сопровождая сенсор-

---

[1] Такого рода методы были предложены J. Volpe, а также А. М. Свядощем (1982), которые, как правило, использовали безусловнорефлекторное подкрепление.

ный образ самовнушением: «Лицо спокойно, кожа лица спокойна, лицо чистое, самочувствие хорошее и т. д.». Через каждые 3—5 дней рекомендовалось «понижать» температурные характеристики представляемого раздражителя (прохладный воздух — прохладная вода — холодная вода — снежинки — массаж кожи лица и рук кусочками льда).

Полное выздоровление — через 3 нед. Всего больным проведено около 60 лечебных сеансов аутотренинга. При наблюдении в течение 2 лет рецидивов нет. Метод аутогенной психологической десенсибилизации наиболее эффективен при выраженной мотивации больного к выздоровлению, особенно в тех случаях, когда психогенный фактор, лежащий в основе болезненных нарушений, точно установлен.

Идеомоторные аутогенные упражнения

Сущность идеомоторных упражнений состоит в том, что после освоения базисных упражнений пациенты в состоянии пассивного бодрствования (аутогенного расслабления) выполняют идеомоторный проигрыш конкретного поведенческого (при некоторых фобиях) или моторного акта (при восстановительной терапии после парезов и параличей). Вначале идеомоторные тренировки не сопровождаются реальными двигательными или поведенческими актами, реализуясь лишь на уровне представлений. Применение метода сочетается с рациональной психотерапией. Предложенный способ основан на известном положении, что нейрофизиологическую сущность освоения (реконструкции) какой-либо деятельности или поведенческого акта составляют формирование и укрепление рефлекторного динамического стереотипа под влиянием суммации следов нервного возбуждения, ведущего к повышению функциональной подвижности и концентрации нервных процессов. А так как и внешняя (сопровождаемая моторными актами), и внутренняя (воображаемая) деятельность имеет общее строение (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев), выполнение воображаемых действий повышает эффективность формирования внутреннего плана внешней деятельности (или интериоризации). С. Л. Рубинштейном было показано, что существует не только прямая, но и обратная зависимость между тем, что человек умеет делать и его представлением о своем умении. Эти взаимоотношения наиболее четко проявляются при фобиях — только представление больного о невозможности какого-либо действия или поведенческого акта удерживает его, например, от перехода площади при агорафобии или входа в метро при клаустрофобии и т. п.

Восстановительная терапия парезов и параличей всегда должна включать применение идеомоторных упражнений, естественно, в сочетании с комплексом других методов лечения (фармакотерапия, массаж, электростимуляция, иглотерапия и т. д.). Сущность упражнений заключается в многократном, по 5—10 раз в сутки в течение 1—3 мин, представлении выполнения «выпавшего» двигательного акта. При этом пациенты в некоторых случаях могут достаточно четко локализовать, где именно прерывается проведение нервного импульса, где находится

«препятствие». Некоторые данные позволяют сделать заключение, что применение указанных упражнений способствует более успешному восстановлению нервной проводимости, снижает выраженность атрофических явлений и реакции перерождения в мышцах. Нейрофизиологические механизмы этих упражнений основаны на многочисленных экспериментальных исследованиях, которые показали, что невозможно представить себе какую-либо деятельность, не вызвав сокращения в тех мышцах, которые участвуют в фактической реализации воображаемой деятельности. На этом же эффекте основан и широко применяемый в психотерапии для определения внушаемости опыт с маятником.

Вторая модификация данного метода рекомендуется преимущественно для терапии фобий в тех случаях, когда причина заболевания не установлена. В процессе лечения сочетаются сеансы рациональной психотерапии и гетерогенных функциональных тренировок с аутогенными идеомоторными упражнениями.

Больной А., 42 лет, инженер. Обратился в связи с появившейся боязнью пользоваться метро. Последние 2 мес. добирается до работы на трамвае, хотя это и требует почти втрое больше времени. Пытался войти в метро вместе с женой, даже опустился на станцию, однако вынужден был тут же «убежать наверх». Сопутствующие симптомы — нарушения сна, общая тревожность, раздражительность, утомляемость, замирание сердца и одышка (при попытке войти в метро).

Прошел полный обучающий курс (12 занятий). Начиная с 6-го занятия проводились гетерогенные идеомоторные тренировки. После достижения состояния аутогенного расслабления больному предлагалось: «Представьте себе, Вы вышли из дома, спокойной, уверенной походкой подошли к станции метро, прочувствуйте еще раз — Вы спокойны и уверенны. Вошли в метро, подошли к автомату для размена монет. Разменяли монеты, опустили монету на входе, подошли к эскалатору. Еще раз обратили внимание — Вы совершенно спокойны и уверены в себе, как и все окружающие Вас люди. Опускаетесь по эскалатору, не стоите, а идете вниз, ведь Вы спешите на работу, идете спокойным, уверенным шагом и т. д.».

Такие упражнения пациентом выполнялись ежедневно по 3—5 (в отдельных случаях до 10) раз в день. Всего им проведено около 100 (!) сеансов идеомоторных аутогенных тренировок. Выздоровление наступило одновременно с окончанием гетерогенного обучающего курса. Катамнестическое наблюдение в течение 3 лет — без рецидивов.

Третья модификация, не имея существенных отличий от второй, рекомендуется преимущественно при тормозных вариантах нарушения сексуальных функций. Достаточно типичен случай с больным О.

Инженер, 38 лет, по его словам, образцовый семьянин, алкоголь практически не употребляет, жене никогда не изменял, но, находясь в командировке, в ресторане познакомился с двумя женщинами, одна из которых была очень симпатичной, вторая — чем-то неприятной и, как ему показалось, даже уродливой. Втроем они много выпили. Надежда провести ночь с «красавицей» не оправдалась, так как возле своего дома она попрощалась и поблагодарила за приятный вечер. Подруга сама предложила провести ночь у нее. При попытке полового акта, который пациент, по его словам, «пытался исполнить как обязанность, так как деваться было уже некуда», эрекция не наступила. В связи с этим незадачливый любовник был осыпан площадной бранью

по поводу его мужских достоинств и выставлен на улицу в 3 часа ночи. По возвращении из командировки при попытке близости с женой эрекция также отсутствовала.

После шести гетерогенных сеансов (только упражнения «тяжести» и «тепла») больному предложено проводить ежедневные сенсорные репродукции нормального полового акта в аутогенном состоянии. До появления выраженной эрекции от половых сношений рекомендовано воздержаться (проведена соответствующая беседа с женой). Полное восстановление сексуальной функции наступило через 15 дней.

Метод отвлечения

Если у акцентуированных личностей мы встречаемся с самыми различными видами эмоциональных реакций — от явной депрессии до выраженной эйфории, то в клинических вариантах чаще преобладают эмоциональные состояния с отрицательным знаком. При этом, как отмечает K. Leonhard (1981), «наблюдается патологическая зависимость от эмоций с тенденцией к реакциям типа короткого замыкания». При «застревании» на отрицательных эмоциях бытового или служебного генеза, появлении навязчивого мудрствования («мысленной жвачки») пациентам рекомендуется переключать мыслительную деятельность и внимание на какие-либо необременительные занятия (днем) или приятные воспоминания (ночью) в сочетании с релаксацией или 4-м упражнением (вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении). При этом подчеркивается необходимость оценки собственных психических процессов путем самонаблюдения (интроспекции) для определения их содержания и интеллектуальной оценки значимости стимула, вызвавшего затяжную эмоционально-интеллектуальную реакцию, с последующим мотивированным разубеждением себя в его значимости.

Самоприказ на переключение внимания, в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов, рекомендуется давать либо в форме побуждения («Ну, стоит ли это стольких переживаний?»), либо в императивной форме самоприказа («Не думать об этом! Есть более важные (интересные, приятные) дела!»). Почти в 50 % случаев пациенты используют для переключения внимания в качестве конкурентных сексуальные представления (J. Volpe специально рекомендует вызывать сексуальные представления для переключения внимания при чувстве страха).

Рассматривая метод отвлечения, необходимо провести четкую грань между понятиями «эмоция» и «переживание», которые еще нередко объединяются, а иногда используются как синонимы. *Эмоция всегда бессловесна, а переживание есть вербализованный, интеллектуальный эквивалент эмоциональной реакции.* Между этими двумя составляющими интеллектуально-эмоциональной реакции существуют выраженные отношения обратной связи. Чаще всего эмоциональную реакцию нельзя «отменить», но всегда можно воздействовать на ее индивидуальное переживание, рационализировать его, создать конкурентное переживание с положительным знаком, помочь личности в преодоле-

нии патологического развития эмоционального состояния. Механизм этого метода[1] связан с одним из основных законов высшей нервной деятельности — законом отрицательной индукции. Согласно этому закону, новая доминанта в коре больших полушарий вызывает торможение патологических функциональных очагов, обусловливающих невротические симптомы. Следует отметить, что в ряде случаев само выполнение стандартных упражнений, оказывая общий позитивный эффект, одновременно способствует переключению внимания, играя роль отвлечения.

Аутогенная терапия памяти

Как уже отмечалось, в ряде случаев болезненные переживания и нарушения связаны с прошлым пациента, актуально присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний. При этом пациенты часто не только избегают рассказа об имевших место переживаниях (чаще лишь косвенно касаясь их), но даже к их детальной репродукции в представлениях, наедине с самим собой, настроены крайне отрицательно. В подобных случаях мы рекомендуем разъяснять пациентам, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных нарушений, которые могут пройти только в случае многократного образного их воспроизведения, выполняемого как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации при обязательности вербализации. Чаще всего вербализация болезненных переживаний в состоянии активного бодрствования крайне трудно дается пациентам. Поэтому мы применили метод сенсорной (зрительной) репродукции воспоминаний с их вербализацией в состоянии аутогенного расслабления[2]. При этом сенсорная репродукция болезненного воспоминания осуществляется пациентом во время аутогенных сеансов 2—3 раза в день, а их вербализация в присутствии врача — 1 раз в 3—4 дня. Параллельно используется косвенное внушение, что после вербализации болезненные симптомы исчезнут. Если во время вербализации пациент начинает плакать, врач ни в коем случае не должен прибегать к утешению, а даже наоборот («Плачьте и продолжайте рассказ»). Возможно, кому-то из наших читателей это покажется недостаточно гуманным, но такие «психохирургические» вмешательства иногда оказываются единственным путем к выздоровлению.

В ряде случаев сам рассказ о пережитом приносит выраженное облегчение. Содержание таких рассказов часто связано с асоциальными и безнравственными проступками, индивидуальные критерии которых весьма различны. То, что для одного человека может пройти незамеченным, для другого может стать источником нравственных страданий на всю оставшуюся жизнь. Иногда активная вербализация прошлых

---

[1] Психотерапевтическое отвлечение было предложено В. М. Бехтеревым (1921).

[2] Подобные методы рекомендуются А. М. Свядощем (1982) с использованием гипнотического или наркотического сна.

переживаний (в присутствии врача) оказывается невозможной. Можно предположить, что в этих случаях речь идет уже не о «нравственных преступлениях», а о более серьезных событиях прошлой жизни пациентов. В отдельных случаях аутогенная стимуляция воспоминаний позволяет определить не выявляемые другими способами причины невротических реакций, актуализация которых иногда оказывает поразительный эффект. Весьма характерно следующее наблюдение.

Пациент В., 37 лет, инженер. По характеру живой, общительный, энергичный, несколько романтического склада. Из анамнеза: 7 лет назад разошелся с женой, по его словам, из-за ее ужасно скандального характера («крик и сцены по любому поводу»). Год назад женился повторно. Детей не имеет. В отличие от первой, вторая жена никогда не скандалит, однако при малейших размолвках «начинает молчать», иногда по 2—3 дня не обращаясь к В. и не отвечая на его вопросы. В таких ситуациях у пациента появляется трудно сдерживаемый приступ ярости («боюсь сам себя», «готов убить жену»). Несколько раз во время ссор бил посуду, сквернословил, чего раньше с ним не случалось. На жену руки не поднимал, но опасается, что это может произойти. Сопутствующее жалобы — нарушение сна, повышенная раздражительность, снижение продуктивности в работе. Вне конфликтных ситуаций отношения в семье характеризует как хорошие, жену любит, боится ее потерять, сексуальную дисгармонию отрицает. От предложения пригласить жену к психотерапевту для консультации отказался. Проведено 6 сеансов гетерогенных тренировок (индивидуально), усвоение упражнений очень успешное. На 7-м сеансе после выполнения комплексов «Релаксация», «Тяжесть» и «Тепло» пациенту предложено настроиться на восприятие любых зрительных образов-воспоминаний из его прошлого и одновременно описывать словесно все, что он будет видеть.

Образные представления практически никогда не связываются с настоящим. Они либо «направлены» в будущее (мечты, фантазии), либо обращены к прошлому («ретроспективная визуализация»). В первом случае эти образы, как уже отмечалось, в определенной степени отражают содержание мотивационной сферы, нереализованные желания, ценностные ориентации и направленность личности; во втором — возникающие образы очень часто связаны с аффективными (положительными или отрицательными) переживаниями. При этом, в отличие от вербальных воспоминаний, образные всегда более «размыты», мало дифференцированы, не имеют характерного для речи причинно-следственного логически мотивированного построения. Сенсорная репродукция образа, представляя собой вариант свободных ассоциаций, позволяет выявлять те образные ассоциации, которые связаны с актуальным (наличным) содержанием психоэмоциональной сферы (доминантными, индивидуально значимыми переживаниями субъекта). В отличие от зарубежных авторов, использующих сходные приемы, мы считаем сохранение врачебной нейтральности в процессе таких сеансов необоснованным, так как в ряде случаев именно участие врача позволяет выявить следы аффективных переживаний. Приводим протокол вербализации сенсорных образов упомянутого пациента В. (слова врача и примечания в описании сеанса выделены курсивом).

«Свет… Очень яркий… Мелькает[1]… Теперь как в тумане… Маленький мальчик в шортах… Возле какого-то забора… Слева… нет справа… от него женщина… Очень высокая… Мальчик что-то говорит ей… *Что он говорит?*… Не слышно… Он плачет… *А она?*… Она не слышит… Разговаривает с кем-то… *С кем?*… Его не видно… Пионерский лагерь… Самолет… Что-то неясное… Горы или город… (*молчит*). *Дальше*… Свадьба… Столы… Калитка… Мальчик возле забора… Та же девушка… Он ей что-то говорит… *А она?*… Не отвечает… *Кто этот мальчик?*… Не знаю… Лица не видно… Очень плохо… Кажется… это я… (*молчит*). *Сколько лет мальчику?*… Пять… Шесть… *А девушке?* …Лет шестнадцать (*без паузы*) музей какой-то… Картины… Я в музее… Снова мальчик… Опять музей… Теперь технический… Высокая гора… Очень быстро мелькает… (*молчит*). Та же девушка… Очень сильные ноги… *Кто она?* Не знаю… Я ее вижу сзади… Косы… Ноги… *Кто она?* (*молчит*). *Вспомните*… Подруга… *Чья подруга?*.. Сестры (*без паузы*) она тоже где-то здесь, только не видно…»

Можно было бы продолжить описание сеанса[2] вербализации сенсорных образов прошлого, но приведенных уже достаточно для наглядности. Данный случай характерен тем, что психотравмирующая ситуация сразу оказывается в «центре» сенсорной репродукции и затем неоднократно повторяется в процессе сеанса «мальчик в шортах» лет «пяти-шести», который обращается к «девушке» (вначале В. называет ее «женщиной», но потом идет уточнение — «та же девушка»); мальчик обращается к вполне определенной девушке («очень высокая», «сильные ноги», «косы»), хотя и не видит ее лица; к девушке, занятой разговором с кем-то, причем мужчиной («…Его не видно…»), и не отвечающей на обращение мальчика к ней (вначале — «…Она не слышит…», а затем — «…Не отвечает»). И «…мальчик плачет…» Этим мальчиком оказывается сам пациент, а девушка — «подругой» и снова уточнение — подругой сестры. Весьма красноречивы и смены тем при акцентуации внимания на аффективных образах («*А девушке?* …Лет шестнадцать (*без паузы*) музей какой-то… Картины…»).

Сходство ситуации, выявленной в процессе сенсорной репродукции образов прошлого, и ситуации нынешней, которая и явилась причиной обращения пациента к нам, очевидно. После сеанса запись вербализации сенсорных образов прошлого была подробно проанализирована совместно с пациентом. В процессе этого анализа В. вспомнил, что у его сестры (сестра старше пациента на 10 лет) действительно была подруга, которая («кажется») ему нравилась, когда ему было 6 лет. В последующем с помощью сестры пациента хронология событий была точно восстановлена и оказалось, что ко времени описываемой (или воспроизводимой) ситуации В. было не более 3 лет, так как после этого их семья уже не жила в доме, окруженном забором, и вообще жила в другом городе, где уже не было «высокой подруги с косами». И не «кажется», а действительно В. испытывал детскую привязанность к подруге сестры, которой было 13 лет (это несколько проясняет описываемую ситуацию, так как девочка 13 лет могла не обратить внимания

---

[1] «Мелькание» длится около 2 мин (в тексте опущено).

[2] Вспомним уже приведенное нами сравнение с музыкальной формой канона (см. с. 135).

на назойливость малыша, чего бы скорее всего не сделала 16-летняя). Привязанность к «подруге» была столь велика, что даже после переезда в другой город В., по рассказу сестры, часто ее вспоминал и очень грустил.

Таким образом, причины возникновения эмоциональных реакций, развившихся в настоящее время по отношению к жене и проявляющихся только в специфической ситуации, становятся достаточно ясными. Невнимание, а вернее — игнорирование со стороны объекта эмоциональной привязанности, а затем лишение этого объекта вызвали аффективные переживания, которые в усиленном виде проявились в аналогичной эмоционально значимой ситуации через 30 с лишним лет. Обратим внимание на то, что в течение всей своей сознательной (взрослой) жизни пациент ни разу не вспомнил ни «подругу», ни описанную в аутогенно-стимулированных образах ситуацию. Это еще раз подтверждает, что «человек ничего не забывает, хотя и не все может воспроизвести» [Райков В. Л., 1983][1]. Данный случай позволяет сделать и другой важный вывод — о существенном значении детской (в том числе «забытой») психотравмы, последствия которой могут оказываться поразительно стойкими, в отдельных случаях обусловливая эмоциональные стереотипы поведения личности. Характерной особенностью сенсорных образов является их «неозвученность». То, что говорят персонажи, чаще всего «не слышно». Если же врач настаивает на необходимости «услышать», то предлагаемые пациентами варианты коммуникативных компонентов всегда оказываются ситуационно обусловленными, явно надуманными, т.е. привнесенными в ситуацию сейчас, сиюминутно.

После совместного анализа сенсорных образов прошлого и разъяснения их вероятной связи с нынешними ситуационными реакциями (рациональный компонент психотерапии) от дальнейших сеансов пациент В. отказался, заявив, что теперь он все понял и таких приступов ярости по отношению к жене впредь уже не будет. При контрольном собеседовании через месяц пациент заявил, что теперь, когда жена «замыкается», он вспоминает «ту ситуацию» (эти воспоминания ему приятны) — и никакой ярости нет. От повторного предложения пригласить жену для консультации также отказался. При катамнестическом контроле в течение 2 лет рецидивов нет. Указания W. Luthe, использующего сходные приемы, на то, что вмешательство врача в процесс вербализации может вызывать «агрессивное поведение» и т. п., по нашему мнению, являются необоснованными. Будучи информированными о том, что врач будет обращаться к ним в процессе сеанса, пациенты обычно вполне адекватно реагируют на задаваемые вопросы и внешнее побуждение к продолжению вербализации, хотя иногда могут «не замечать» их.

---

[1] Этот вывод сделан В. Л. Райковым на основании опытов с внушением состояний, в том числе состояния неонатального («предсознательного») периода новорожденных.

Образная память, будучи более древним функциональным образованием, по-видимому, является и более стойкой, чем вербально-логическая (смысловая). Это подтверждается многочисленными примерами из обыденной жизни. Вероятно, каждому знакомы случаи, когда, узнавая в толпе чье-то лицо, мы лишь затем пытаемся вспомнить — кто это?, т.е. вначале узнавание (образный компонент воспоминания), а затем — припоминание. Рассматривая влияние эмоций на припоминание событий и мнемические представления, R. Spiro (1981) отмечает, что эмоции являются составной частью последних, образуя как бы «задний план» и «окрашивая» его в зависимости от пережитой при запоминании события ситуации. Эмоции, по словам автора, «ставят метку» на мнемических представлениях, и эта метка сохраняется гораздо дольше, чем само содержание, а восстановление в памяти проходит следующие стадии: «метка — эмоциональный тон — содержание ситуации», В определенной степени эти представления находят свое подтверждение в приведенном выше случае. Следует отметить, что далеко не всегда визуализация, содержание образов прошлого, их вербализация и интерпретация столь просты и наглядны, как в приведенном наблюдении. Однако в ряде случаев этот прием оказывается достаточно эффективным.

Некоторые узкоспециализированные приемы

Упражнения на антиципацию

Упражнения на антиципацию (предвосхищение, предвидение) были апробированы нами в целях психологической подготовки к особым случаям в деятельности специалистов операторского профиля. Сущность упражнений состоит в том, что после обычной профессиональной подготовки к особым случаям (изучение инструкций, работа на тренажерах) обучаемый в состоянии пассивного бодрствования должен образно представить возникновение и развитие аварийной ситуации, «отмечая визуально», что при этом происходит с основными техническими системами, как изменяются режим и характер работы и т. д. Оценив таким образом аварийную ситуацию, обучаемый затем осуществляет (представляет) выход из нее, при этом акцентируя внимание на своих четких, правильных, спокойных и уверенных действиях. Эти упражнения способствуют более быстрому опознанию аварийной ситуации при ее возникновении и снижению развивающейся эмоциональной реакции (эффект «уже виденного, знакомого»). Кроме этого, в процессе выполнения тренажей в аутогенном состоянии отрабатывается не только стереотип действий в особых случаях, но формируется и стереотип эмоционального поведения в аварийной ситуации.

Самовнушение замедления хода времени

В наших предыдущих изданиях [Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1980; Решетников М. М., 1981] уже отмечалось, что

(даже без целенаправленного самовнушения) в процессе выполнения аутогенных упражнений наблюдается изменение субъективного восприятия хода времени, при этом ошибка в сторону занижения оценки временных интервалов составляет около 50 %. Внушение и самовнушение замедления хода времени являются пока мало изученным феноменом. Повторив опыты Л. П. Гримака (1978) (использовавшего гипнотическое внушение замедления хода времени) у здоровых лиц, находящихся в состоянии аутогенного расслабления, можно сделать заключение, что самовнушение замедления хода времени в ряде наших наблюдений вызывало у обучаемых вполне определенные субъективные и некоторые физиологические эффекты. Так, эти самовнушения ассоциировались с усилением ощущения мышечной тяжести, которое, как правило, сопровождалось брадикардией. Иногда такие самовнушения провоцировали неприятные ощущения в области сердца.

Самовнушения замедления хода времени («Время замедляется, время замедляется все больше и больше, время течет очень медленно, все процессы в организме замедляются и т. д.») по нашей рекомендации использовались некоторыми пациентами для облегчения засыпания и при невротическом «беге» мыслей, в ряде случаев оказывая выраженный позитивный эффект. Важность учета изменений субъективной оценки фактора времени в процессе сеансов аутотренинга отмечалась J. Cohen (1981), который определял ретроспективные представления о течении времени в обычных условиях и на протяжении сеанса саморегуляции у больных гипертонической болезнью в процессе 10-недельного лечебного курса. По мнению автора, более выраженное восприятие замедления хода времени коррелирует с более успешным снижением артериального давления.

Аутогенный кратковременный сон с заданной длительностью

Дневной сон, как отмечает А. М. Вейн (1979), «не вредит никому, и привычка спать днем понемногу широко распространена во всех цивилизованных странах». Феномен заданного времени пробуждения принадлежит к давно известным житейским истинам. Однако обычно установочное самовнушение дается на достаточно протяженные отрезки времени («Надо проснуться полседьмого» или «Посплю часа два и подъем»). Механизм «внутренних часов», или «рефлекс на время», вырабатывается уже в раннем детстве — начиная от плача ребенка при приближении времени кормления и четкой «локализации» очередного звонка на перемену у школьников. Задавая установку на длительность сна, можно выработать устойчивую способность засыпать на 5, 10 или 15 мин. Лицам, хорошо освоившим стандартные упражнения, для этого достаточно выполнить комплекс релаксирующих упражнений с одновременным самовнушением: «Полное расслабление, сон на 15 мин. Через 15 мин я проснусь. Спать». Некоторые в этих случаях действительно засыпают и даже видят сны; другие отмечают появле-

ние своеобразного состояния, часто характеризуемого как «Я сплю, но я знаю, что я не сплю». В последнем случае, по-видимому, речь идет об углублении аутогенного состояния по типу сенсорной репродукции состояния сна с соответствующими психофизиологическими коррелятами. Добавление самовнушения «Я проснусь бодрым и отдохнувшим» способствует хорошему восстановлению сил и улучшению настроения. К изобретению наших пациентов следует отнести прием, ими же названный «аутогенные качели». Сущность данного приема состоит в сенсорной репродукции (на фоне аутогенной релаксации) медленного раскачивания на качелях, синхронно с дыхательным ритмом.

Этот прием использовался как для вызывания кратковременного сна, так и в целях облегчения засыпания в ночное время.

Самовнушение сновидений

Достаточно хорошо известно разнообразное воздействие сновидений на психическое и соматическое состояние человека. Тревожные или неприятные сны снижают не только настроение, но и аппетит, работоспособность, общий уровень активности. И, наоборот, «счастливые сны» часто оказывают весьма позитивное действие. Большинство авторов в настоящее время рассматривают сон и сновидения как один из специфических видов активности головного мозга, отмечая, что при повышении возбудимости и ослаблении глубины сна частота сновидений увеличивается (Ф. П. Майоров и др.). При этом «увеличение числа сновидений, особенно неприятных..., может быть первым признаком начавшегося заболевания. Даже самые незначительные функциональные нарушения нервной деятельности ведут к увеличению числа сновидений и к изменению их содержания» [Касаткин В. Н., 1983]. Естественно предполагать наличие и обратной связи между сновидениями и функциональным состоянием нервной системы. Наши опыты с самовнушением сновидений у лиц, освоивших аутогенную тренировку, показывают, что их реализация наступает более чем в 70 % случаев. При этом был выявлен весьма интересный факт — реализация самовнушенного содержания сна наступает, как правило, через день-два, даже в том случае, если непосредственно перед сном внушалось совсем другое содержание, отличное, например, от вчерашнего.

При самовнушении сновидений также следует избегать излишних волевых усилий или императивной окраски словесных формул. Гораздо полезнее утвердительные формулы в сочетании с сенсорной репродукцией, хотя последнее понятие не всегда применимо. Можно ли назвать сенсорной репродукцией (воспроизведением) полеты во сне, сопровождающиеся ни с чем не сравнимыми ощущениями? Как правило, сюжеты сновидений при разборе в группе бывают самыми разнообразными — выход замуж, выигрыш по лотерее и т. д. В определенной степени этот прием является и диагностическим методом, позволяющим выявлять сферы нереализованных желаний и зоны внутренних или внешних конфликтов.

Аутогенная тренировка и ночной сон

Примерно каждый второй человек бывает недоволен своим ночным сном. Одни хотят спать меньше; другие — крепче и дольше; третьим не удается уснуть. Наиболее часто приходится сталкиваться с извращением формулы сна (сонливость днем и бессонница ночью), трудностями засыпания, прерывистым сном, неприятными сновидениями. Как уже неоднократно указывалось, одним из наиболее выраженных следствий аутотренинга является нормализация ночного сна. Часто этот эффект реализуется уже на фоне обучающего курса (к 6—7-му занятию) и не требует каких-либо специальных мероприятий. В других случаях для улучшения засыпания, кроме обязательных перед сном упражнений «тяжести» и «тепла», пациенты прибегают к специальным самовнушениям. В этих самовнушениях мы не рекомендуем прямого упоминания слова «сон», предлагая использовать сопутствующие ему содержательные представления:

> Я совершенно спокоен.
> Меня ничто не тревожит.
> Мышцы моего тела все больше и больше расслабляются.
> Мои веки тяжелеют.
> Все заботы, тревоги, волнения отошли далеко — далеко.
> Полное безмыслие овладело мной.
> Окружающие шумы, звуки, шорохи удаляются все дальше и дальше.
> Приятный легкий туман обволакивает мое тело.
> Я забываюсь.

Одним из наиболее трудно преодолимых невротических симптомов является не сама бессонница, а страх бессоницы или, вернее, — страх ожидания бессонницы, который начинается иногда за несколько часов до отхода ко сну. Фактически речь идет о специфическом «неврозе ожидания», однако этот невроз, как отмечают ряд авторов [Давиденков С. Н., 1974; Горбов Ф. Д., 1975; Christy R., 1975], возникает только в тех случаях, когда проигрывание «внутренних моделей» с неблагоприятным исходом (настрой на неудачу) надолго застревает. Поэтому еще в период, предшествующий отходу ко сну, следует прибегнуть к самовнушению позитивного отношения к засыпанию, при навязчивых мыслях о бессоннице использовать уже приведенный выше метод отвлечения.

***

В основе практически всех рекомендуемых приемов психотерапевтического гетеро- и самовоздействия лежит целенаправленное усиление рефлексивной функции сознания, активация его регуляторной роли и стимуляция интеллектуальной переработки эмоционально значимых тем, ситуаций и «чувственных образов» (их рационализация). «Именно чувственное содержание (ощущения, чувствования, образы восприятия, представления), — писал А. Н. Леонтьев (1981), — образует основу и условие всякого сознания». Как показывает клинический опыт, это

«чувственное содержание» может в значительной степени определять некоторые поведенческие (сознательные) реакции, хотя их «основа» часто остается неактуализированной. Поэтому нарушения в «чувственной сфере» нуждаются в специальном изучении и разработке специальных методов коррекции, по-видимому, несколько отличающихся от традиционных методов психотерапевтического воздействия. В настоящее время аутогенная тренировка входит в ряд комплексных методик психотерапии. Методика D. Langen — «ступенчатый активный гипноз» — включает элементы разъясняющей терапии, гипноз, самогипноз и приемы аутогенной релаксотерапии. Предложенный еще F. Völgyesi, метод комплексной терапии («школа больных») предусматривает применение обучающих и тренирующих приемов самовоздействия. Я. Р. Гасуль в поисках оптимального сочетания гетеро- и аутосуггестии предложил сочетанное применение гипносуггестии, императивного внушения, мотивированного самовнушения и аутогенной тренировки. Последняя входит также в комплексные системы лечения заикания, находит применение как одно из средств, повышающих эффективность терапии сексуальных расстройств. Приемы аутогенной тренировки в качестве дополнительных или корригирующих средств восстановительной терапии получили признание в реабилитационной практике после некоторых инфекционных и сосудистых заболеваний головного мозга.

Анализ этих работ показывает, что использование аутогенной тренировки в сочетании с традиционными психотерапевтическими приемами значительно увеличивает эффективность лечения функциональных расстройств психогенного и непсихогенного происхождения. С другой стороны, самостоятельное применение аутогенной тренировки (для лечения неврозов, некоторых видов вегетативно-сосудистых нарушений, бронхиальной астмы, синдромов навязчивости, реактивной депрессии, ипохондрических состояний, нарушений сна различного генеза) в значительной части случаев оказывает выраженное терапевтическое действие и облегчает состояние больных. По данным F. Ruck, лечение указанных нозологических форм с помощью аутогенной тренировки в поликлинических условиях в 70 % дает хорошие результаты, в 20 % — некоторое улучшение, и лишь в 10 % эффекта добиться не удалось. По нашим данным, в группе больных неврозами лучшие результаты были достигнуты у страдающих неврастенией, затем истерией; лечение больных психастенией оказалось менее эффективным. Среди отдельных невротических симптомов и синдромов лучше поддавались лечению психогенная и вазомоторная головная боль, бессонница и дискинезии желудочно-кишечного тракта. Наиболее упорными были навязчивые состояния, характерные изменения личности при которых сближают больных неврозом навязчивости со страдающими психастенией.

Глава 7
ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пограничные состояния и неврозы

Термин «невроз», как известно, введенный шотландским врачом W. Cullen, объединяет широкий круг страданий, имеющих функциональную природу и связанных с нарушениями деятельности нервной системы без органических структурных нарушений. Проблема неврозов постоянно привлекает к себе внимание самого широкого круга врачей и специалистов смежных специальностей (психологов и нейрофизиологов). Только за последние годы этой проблеме был посвящен ряд капитальных монографий[1], обобщающих современные клинические и экспериментальные данные. Достаточно весомая часть больных неврозами часто лечится у интернистов, при этом не всегда успешно. Многообразие форм и проявлений психоневрологической патологии с все чаще обнаруживающейся тенденцией к соматизации настоятельно требует искать неврогенный фактор во всех случаях обращения за медицинской помощью.

Определяя неврозы как болезни расстройства отношений личности, В. Н. Мясищев выделяет три типа ситуаций или три основных патогенетических типа конфликта, в основе которых лежат индивидуально-личностные особенности: 1) чрезмерно завышенные самооценка и уровень притязаний при практически полном игнорировании объективных факторов (характерно для истерии); 2) противоречивые интерперсональные тенденции, установки и потребности, характеризующиеся постоянной борьбой между желанием, моральными принципами и долгом (характерно для обсессивно-психастенических нарушений); 3) противоречия между возможностями личности и ее стремлениями, установками, обусловливающие завышение требований, предъявляемых к себе (характерно для неврастении).

Отражая определенные индивидуально-психологические наследственно обусловленные особенности типов реагирования, приведенная

[1] См. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. — М., 1980, 448 с: *Свядощ А. М.* Неврозы. — М., 1982, 366 с. *Айрапетяиц М. Г., Вейн А. М.* Неврозы в эксперименте и клинике. — М., 1982, 272 с.

классификация не может игнорировать и отличий воспитания. Достаточно хорошо известно, что, скажем, завышенная самооценка или высокий уровень притязаний часто культивируется в семье, в ряде случаев обрекая подрастающую личность — без преувеличения — на практически пожизненные страдания или нервные срывы, поэтому применение метода «лечебного перевоспитания», формирование адекватных установок и самооценок должно обязательно входить в структуру терапевтического воздействия при неврозах.

Неврастения

Лечебное воздействие аутогенной тренировки, как уже отмечалось, лучше реализуется при неврастении, хотя имеются достаточно широкие вариации курабельности ее отдельных синдромов. По нашим данным, подтверждаемым другими авторами, достаточно эффективным метод оказывается при терапии психогенных сексуальных расстройств (психогенной импотенции и ослаблении эрекции у мужчин, фригидности и вагинизма у женщин).

При слабости эрекции психогенного происхождения А. М. Свядощ (1982) рекомендует использовать следующие самовнушения: «Я спокоен и уверен, уверен, уверен...» (Поясняется больному, что под уверенностью подразумевается отсутствие боязни неудачи полового сближения). «Член теплый, теплый..., наливается..., увеличивается, растет...». Самовнушения сопровождаются образными представлениями эрекции, а также представлениями эротического характера. Учитывая то, что у больных (мужчин) с ослаблением или выпадением сексуальной функции, как правило, присутствует чрезмерная фиксация на состоянии половых органов, мы, в отличие от А. М. Свядоща, никогда не рекомендуем нашим пациентам словесных формул, прямо адресованных к половой сфере. Сочетание самовнушений покоя и уверенности с идеомоторной сюжетной репродукцией полового акта при целенаправленной эротизации представлений позволяет достигать хороших терапевтических результатов в течение 1—3 мес. почти у 60 % больных.

Аналогичные приемы используются и при психотерапии вагинизма. Существует ошибочное мнение, что вагинизм является только либо следствием насилия, либо болезненной дефлорации. Не исключая значения этих факторов, следует подчеркнуть, что синдром вагинизма часто развивается на основе тревожно-мнительной акцентуации личности, а в анамнезе таких больных, как правило, выявляются различные фобии детского возраста: страх темноты, боли, крови и т.п. Нередко за явлениями вагинизма скрывается нежелание сексуальных отношений с брачным партнером [Васильченко Г. С., 1983] или склонность к платоническим отношениям при недостаточной сексуальной зрелости. Некоторые авторы отмечают, что патологическая реакция может наступать при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании. Психотерапия описанных явлений предполагает сочетание общеукрепляющего курса стандартных упражнений

с приемами аутогенной психологической десенсибилизации и идеомоторными упражнениями. При отсутствии органических поражений гениталий и гормональных нарушений прогноз, как правило, благоприятный.

Наиболее трудно (без специальных процедур) поддаются психотерапии явления фригидности. Характерно, что фригидность чаще всего является болезнью красивых женщин. Г. С. Васильченко объясняет это тем, что «чем красивее женщина, тем обычно выше уровень ее экспектаций, в том числе больше требования к брачному партнеру, а следовательно, и предпосылки для разочарования в интимных контактах». Такие женщины, привыкая к вниманию, обеспечиваемому внешними данными, часто демонстрируют специфически пассивный тип сексуального поведения. Поэтому терапия данного заболевания в качестве обязательного компонента включает сексуальное перевоспитание личности, перестройку отношения к половой близости в сторону альтруистических установок (направленность на чувства и переживания партнера). Обычно требуется проведение полного обучающего курса, на фоне которого используются самовнушения повышения чувствительности гениталий к фрикциям с позитивной окраской ощущений. Хорошее влияние оказывает вызывание ощущений тепла в области промежности. Наименее курабельными с помощью аутогенной тренировки являются неврозы, связанные с сексуальной депривацией у женщин, так как терапия не устраняет самого невротизирующего фактора. При врачебных рекомендациях с такими пациентками следует соблюдать особую деликатность, одновременно избегая интимных бесед с глазу на глаз, к которым нередко стремятся подобные больные.

Включаемые в проявления неврастении нарушения сна можно было бы рассматривать в качестве самостоятельной клинической формы или синдрома, так как трудно назвать какое-либо заболевание неврогенной этиологии, при котором функция сна оставалась бы интактной. По мнению многих авторов, этот синдром является наиболее курабельным при помощи аутогенной тренировки. Нормализация функции сна, как правило, наблюдается уже в процессе освоения базисных упражнений и чаще всего не требует каких-либо специальных мероприятий. В отдельных случаях можно рекомендовать уже приведенные выше приемы облегчения засыпания, реализуемые на базе аутогенной тренировки. Еще раз следует подчеркнуть достаточно высокую эффективность при лечении диссомний сочетания приемов мышечной релаксации и дыхательных упражнений.

Повышенная эмоциональная лабильность, как одно из проявлений типологических особенностей нервной системы, обычно требует достаточно длительных курсов аутогенной тренировки. Систематические ежедневные аутотренинги, прежде всего базисные упражнения, позволяют достигать желаемых результатов через 1—2 мес. Доминантное состояние, понятие которого включает и его субъективное восприятие, зависит от лабильности и устойчивости возбуждения нервных центров

(А. А. Ухтомский). При эмоциональной лабильности обычно имеют место два типа нарушений: снижение устойчивости доминантных состояний (собственно лабильность) и склонность к отрицательным эмоциональным переживаниям (однонаправленная лабильность). Хорошо известно, что человек не в состоянии испытывать две разнонаправленные эмоции одновременно. Поэтому при терапии эмоциональной лабильности наиболее показанными являются те стандартные упражнения, которые тренируют эмоционально-волевые процессы, а также приемы отвлечения и переключения внимания. Переключение аффектов, замена одной эмоции другой, более сильной, является одним из наиболее эффективных приемов терапии отрицательных эмоциональных состояний [Леонгард К., 1981; Симонов П. В., 1984]. В значительной части случаев эмоциональная лабильность сочетается с различными вегетативными проявлениями, симпато- или ваготоническими. Как уже отмечалось ранее, последние обладают более низкой курабельностью при применении аутогенной тренировки. Во всех случаях выраженных вегетативных проявлений в сочетании с эмоциональной лабильностью следует провести углубленное исследование для исключения целого ряда органических заболеваний внутренних органов и нервной системы.

При терапии астенических форм неврастении (и астенических синдромов другой этиологии) целесообразно ограничить использование упражнений, направленных на самовнушение тяжести, уделяя больше внимания идеомоторным релаксирующим и дыхательным упражнениям, а также приемам активации личности пациента (рациональная психотерапия, метод самовоспитания на базе аутогенной тренировки и др.). Относительно низкая эффективность аутогенной тренировки при ипохондрической форме неврастении, отмечаемая рядом авторов, не является обязательным правилом. В тех случаях, когда удается преодолеть страх мучительного ожидания будущих последствий болезни («фобофобия»), метод оказывается достаточно продуктивным, однако всегда требует длительных курсов при обязательных (не реже 1 раза в 7—10 дней) сеансах гетеротренинга и рациональной психотерапии.

Истерия

Большинство специалистов считают, что для лечения истерии аутогенная тренировка не подходит из-за внутреннего сопротивления больных терапии, отмечая часто наблюдаемую у таких больных своеобразную «желательность» болезни. Возникает один из клинических парадоксов — будучи наиболее адекватным при этой форме патологии, метод самовоспитания в связи с извращением критического отношения больного к своему состоянию не находит практического применения, а значительная часть пациентов оставляют групповые (обучающие) занятия задолго до их окончания. В то же время тщательный отбор больных и проведение групповой аутогенной психотерапии общеукрепляющей направленности позволяют достигать некоторого паллиативного результата. При психотерапии истерии, по нашему мнению, не следует

прямо или косвенно затрагивать истерические формы реагирования, часто имеющие для пациентов высокую значимость и носящие болезненно-адаптивный характер. Отличаясь повышенной чувствительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, эта категория больных крайне нежелательно расстается с болезненными симптомами, иногда даже не допуская мысли, что излечение от их страдания вообще возможно. Мы считаем нецелесообразным разубеждать больных истерией в этом мнении, предлагая им лишь приемы, которые позволят облегчить их страдания. Можно прибегнуть к воздействию на характерные особенности личности таких пациентов (эгоистичность, эгоцентричность, жажда признания): оказываясь «единственным» наиболее успешно усваивающим занятия членом психотерапевтической группы, больной (а чаще больная) обычно весьма охотно посещает гетерогенные курсы. Если к этому нет существенных противопоказаний (истерические гиперкинезы, параличи), больных истерией с нерезко выраженной симптоматикой лучше «подключать» к группе здоровых лиц.

Несмотря на сравнительно невысокие показатели эффективности, по-видимому, не следует относить истерию к полностью инкурабельным с помощью аутотренинга заболеваниям. По мере соматизации и углубления вегетативных проявлений действительная мотивация больных к выздоровлению, как правило, увеличивается, в частности при сопутствующем сосудистом и кардиальном синдромах, выраженных спастических расстройствах и некоторых других. Сочетание гипнотического воздействия с приемами аутотренинга (особенно при императивном гипнотическом внушении установки на систематические самостоятельные занятия) в ряде случаев помогает стабилизировать ремиссию и препятствует развитию рецидивов заболевания.

При анализе жалоб больных истерией так же, как и при изучении дневников-самоотчетов о влиянии занятий, следует учитывать чрезвычайно частую при этой форме заболевания патологическую лживость пациентов. Указывая на эту особенность истероидных личностей, К. Леонгард пишет (1981): «Сознательная ложь связана со смущением, иногда с замешательством; нередко лжец заливается краской. То ли дело истерики! Они лгут с невинным выражением лица, говорят с собеседником дружелюбно, просто и правдиво. Непринужденность их поведения объясняется тем, что отъявленная ложь для истерика в момент общения становится истиной». Постоянно помня об этом компоненте в структуре истероидной личности, врач в то же время не должен допускать даже намека на недоверие к рассказу пациента, проявляя особое внимание к его нюансировке и содержанию, которое чаще всего отражает аффективное прошлое субъекта. В отдельных случаях весьма успешным является метод аутогенной терапии памяти.

Невроз навязчивых состояний

Во введенном И. М. Балинским (1858) термине «навязчивые состояния» подчеркивается «чуждость» возникающих нарушений по отно-

шению к сознанию. Подобным образом трактуются эти состояния и в зарубежной практике («compulsion» — англ., «принуждение» — в США; obsession — англ., «наваждение» — в Англии и т. д.). Явления навязчивости могут встречаться как изолированно, так и в сочетании с другими психоневрологическими нарушениями. Навязчивые явления могут транзиторно появляться и у здоровых людей при усталости, неуверенности, чувстве боязни. Б. Д. Карвасарский (1980) приводит следующее определение феномена навязчивости: «Это внезапное появление мысли, представления и других явлений, не связанных в данный момент с содержанием сознания и поэтому воспринимаемых больными как чуждые, эмоционально неприятные, однако с пониманием того, что все это его собственное, а не навязанное извне». В этом положении одновременно заключается и чрезвычайно важный дифференциально-диагностический признак. Если при психозах осознание болезни присутствует (не всегда) лишь на начальных стадиях, то при неврозах осознание болезни входит в структуру самого заболевания, а иногда является его ведущим симптомом. Сохранение критического отношения к проявлению заболевания определяет положительные перспективы психотерапевтического воздействия.

Полезность применения корригирующей тренировки в целях терапии невроза навязчивости подчеркивалась многими авторами. В то же время А. М. Свядощ (1982) отмечает, что «тяжелые, годами длящиеся навязчивые состояния редко поддаются лечению аутогенной тренировкой».

Надо признать, что аутогенная терапия навязчивых состояний действительно имеет определенные трудности. Они в первую очередь связаны с личностными особенностями больных, на почве которых и развивается именно эта форма невроза: как правило, у них снижена общая способность к ярким образным представлениям, выявляется выраженная инертность мышления, педантичность. В то же время последняя черта обусловливает тот факт, что отсев из психотерапевтических групп этой категории больных не превышает 1 %. Индивидуальными особенностями объясняется и устойчивость результатов лечения навязчивостей, отмечаемая многими авторами. Способствует эффективности терапии и моносимптоматичность заболевания. Как отмечает К. Леонгард (1981): «Бывает, что человек не решается выйти из дому на улицу, боясь сразу «свалиться замертво», и в то же время он, не обнаруживая и тени торможения, садится в машину, которую вдобавок сам же ведет».

При навязчивых страхах и мыслях хорошее действие оказывают методы отвлечения, психологической десенсибилизации при их длительном — в течение 1—3 мес. — применении. Наиболее низкой курабельностью методами аутогенной тренировки обладают навязчивые действия и ритуалы, хотя в некоторых случаях замена болезненного симптома условно полезным может оказывать положительное влияние. С учетом возникающих при освоении метода «аутогенных разря-

дов» и условий проведения обучающего курса аутогенную тренировку следует считать противопоказанной при дисморфофобиях (страх изменения своего тела), клаустрофобиях (боязнь закрытых мест) и страхах людных мест.

Психопатии

В своей классификации пограничных состояний I. Koch выделил конституциональные варианты патологических личностей, которые не претерпевают на протяжении всего индивидуального развития и жизни существенных изменений, обозначив их как «психопатические» личности. Современные данные о распространенности личностных аномалий показывают, что психопатии выявляются у 5—15 % взрослого населения [Vailant G., Perry J., 1980]. В отличие от неврозов, где соотношение больных мужчин и женщин составляет в среднем пропорцию 1 : 2, при психопатиях наблюдается противоположное отношение (2 : 1), а у мальчиков-подростков, по данным А. Е. Личко (1979), психопатии диагностируются в 3 раза чаще, чем у девочек.

Большинство авторов считают аутогенную тренировку и вообще групповую психотерапию противопоказанной при психопатиях. Отсев этой категории больных из психотерапевтических групп составляет от 20 до 60 %. В то же время практический опыт показывает, что при разумном сочетании индивидуального (рационального и гипносуггестивного) воздействия с сеансами гетеро- и аутотренинга эффективность терапии психопатий существенно повышается. Основными при этой форме патологии являются приемы самовоспитания, самовнушения качества, рационализация эмоциональных реакций. В зависимости от особенностей и выраженности клинических проявлений, а также мотивации к коррекции собственных характерологических отклонений, успешность аутогенной тренировки при патологических развитиях личности весьма различна. По нашим данным, метод более эффективен при астенической, истероидной и в меньшей мере при эксплозивной форме психопатии. Сочетая психотерапию с применением психотропных препаратов, следует помнить, что у данной категории больных крайне быстро развивается лекарственная зависимость. При терапии данной категории больных рекомендуется использовать императивно окрашенный тон суггестии как при гетерогенном обучающем курсе, так и в процессе аутогенных упражнений.

Токсикомании

Алкоголизм

В настоящее время термин «токсикомании» включает не только клинические, но и медико-юридические и социальные характеристики [Бабаян Э. А., 1979; Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А., 1983; Снежневский А. В., Шумский Н. Г., 1983]. Одной из наиболее рас-

пространенных токсикоманий является алкоголизм. В клинической практике приходится чаще сталкиваться с понятием «хронический алкоголизм», включающим совокупность нарушений, определяемых длительным приемом алкоголя.

Развитию хронического алкоголизма, как правило, предшествует той или иной длительности бытовое пьянство, характеризующееся эпизодическим или относительно регулярным употреблением малых доз алкоголя. В начальной стадии хронификации ведущее место начинает занимать патологическое влечение, увеличение доз и повышение толерантности к алкоголю, исчезновение защитного рвотного рефлекса (А. А. Портнов), к которым в дальнейшем присоединяются влечение к состоянию опьянения и алкогольные палимпсесты (забывание отдельных событий и поведения в состоянии опьянения). Вторая стадия характеризуется развитием алкогольного абстинентного синдрома, некоторыми изменениями личности и поведения (злобность, агрессивность), часто выраженной амнезией всего, что происходило в состоянии опьянения. Влечение, в отличие от первой стадии, приобретает характер непреодолимого, и больной полностью пассивно подчиняется ему. Переход хронического алкоголизма в третью стадию определяется по признакам развития токсической энцефалопатии.

Уже во второй стадии личностные изменения («алкогольная деградация») больных чрезвычайно выражены, в отдельных случаях приобретая характер необратимых, что определяет необходимость начала лечения на стадии бытового пьянства или при его переходе в начальную стадию. Г. В. Зеневич и С. С. Либих, отмечая, что у больных алкоголизмом снижаются волевые качества личности («гипобулия»), считают, что терапия заболевания должна включать тренировку самых различных сторон психики. В целях терапии алкоголизма авторы рекомендуют достаточно длительные курсы аутогенной тренировки — до 12 нед., одновременно указывая, что «уже выполнение первых двух упражнений (расслабление мышц и сосудов конечностей) вызывает у большинства больных легкое гипноидное состояние (дремота, сонливость), во время которого можно перейти к терапевтически направленным самовнушениям». Учитывая, что коллективная психотерапия алкоголизма в значительной части случаев проводится по методике эмоционально-стрессовой гипнотерапии, на начальных этапах аутогенные тренировки действительно могут вызывать «гипноидное состояние». Однако по мере достижения ремиссии целесообразно переходить к активным формам аутотренинга, «целью которых, — как пишет В. Е. Рожнов (1983), — является подавление возникающего влечения к алкоголю и переключение стремлений и интересов, мобилизация волевых усилий, закрепление отвращения к вкусу и запаху алкогольных напитков, выработанного в сеансах гипносуггестивного лечения».

По литературным данным, позитивное влияние аутогенной тренировки при алкоголизме обусловливается нормализацией вегетативных нарушений, снижением эмоционального напряжения, закрепле-

Злоупотребление барбитуратами

Пристрастие к тем или иным препаратам чаще наблюдается у лиц, страдающих хроническими заболеваниями, особенно сопровождающимися нарушениями сна. Однако у юношей и подростков побудительными мотивами в анамнезе могут быть любопытство, подражание, дурной пример в сочетании с доступностью наркотических препаратов, а также определенные конституциональные и приобретенные аномалии характера и личности: эмоциональная незрелость, истероидно окрашенная «разочарованность», частые ситуационные депрессии и т. п. Длительный прием наркотических препаратов барбитурового ряда так же, как и все другие наркомании, характеризуется тенденцией к увеличению доз и постепенному формированию психологической, а затем и физиологической зависимости от препарата. В последнем случае уже не стремление к облегчающему воздействию препарата, а страх перед мучительными последствиями абстиненции становится ведущим симптомом заболевания.

Иногда пациенты используют снотворные препараты в качестве «дневных» успокаивающих средств, в связи с чем «снотворные» дозы существенно возрастают, нередко оказывая при этом эйфоризирующее действие и тем самым усугубляя «лекарственную зависимость». Абстиненция при лишении привычных доз барбитуратов в запущенных случаях протекает чрезвычайно тяжело и, как правило, требует лечения в специализированном стационаре [Пятницкая И. Н., 1975]. В связи с этим. аутогенная тренировка эффективна лишь на ранних стадиях формирования зависимости от препаратов барбитурового ряда, а также в целях профилактики (замены фармакологического воздействия приемами аутотренинга, облегчающими засыпание) и психологической реабилитации после лечения в стационаре. В отдельных случаях выраженный седативный эффект аутотренинга и нормализация функции сна позволяют вначале снизить принимаемые дозы препарата (в условиях стационара — постепенно перевести пациента на плацебо), а затем отменить его совсем.

Мы уже отмечали, что страх ожидания бессонницы является одним из самых неблагоприятных симптомов, своеобразным проявлением «невроза ожидания». Общий прогноз применения аутогенной тренировки при барбитуратовой наркомании в ее начальной стадии положительный, так как при этом глубоких личностных нарушений у пациентов обычно не наблюдается, а нормализация функции сна под влиянием аутогенной тренировки способствует иногда самостоятельному отказу больных от приема снотворных препаратов. В своей монографии I. Schultz писал: «После успокоения главной и наиболее благодарной областью применения аутотренинга является самообучение сну». В качестве вспомогательных средств могут использоваться методы отвлечения, самовнушения замедления хода времени и другие приемы облегчения засыпания на базе аутогенной тренировки.

Злоупотребление транквилизаторами

Транквилизирующие препараты в последние годы чрезвычайно часто и не всегда с достаточными на то показаниями назначаются многими интернистами. Во всяком случае сейчас уже трудно встретить больного, которому были бы незнакомы такие препараты, как мепробамат, седуксен, тазепам, триоксазин, элениум и пр. Однако, если открыть любой рецептурный справочник, то в графе «фармакологическое действие» по поводу каждого из названных препаратов можно прочесть не более двух строчек: «успокаивает нервную систему, снижает эмоциональное напряжение, обладает миорелаксирующим эффектом» [Машковский М. Д., 1983; Клюева М. А., Бабаян Э. А., 1979, и др.]. Возможно, кому-то покажется, что это те же позитивные сдвиги, которые наблюдаются и при воздействии аутотренинга. Нет, не те же. Привыкание к транквилизаторам не всегда приводит к физической зависимости, но психическая зависимость формируется довольно быстро, а при длительном употреблении указанных препаратов постепенно нарастают все характерные для токсикоманий психопатологические изменения.

«Вряд ли найдется медикамент из группы транквилизаторов, о котором бы не писалось, что он якобы излечивает чуть ли не 70—80 % больных неврозами…, — отмечает А. М. Свядощ (1982). — Однако одного применения этих медикаментов при всей их ценности самих по себе в огромном большинстве случаев недостаточно для наступления выздоровления, если при этом не применяется психотерапия». К этому вполне справедливому мнению можно добавить, что применение этих препаратов «само по себе» не только недостаточно, но и вредно, так как только переводит заболевание из одной нозологической формы в другую (была тревожная мнительность — стала привычная токсикомания). В нашей практике неоднократно встречались пациенты, которые, начав (по рекомендации врача) принимать элениум, постепенно переходили к аминазину и т. п.

Результативность аутогенной тренировки при злоупотреблении транквилизаторами достаточно высока. Уже в процессе обучающего курса более 80 % пациентов могут отказываться или воздерживаться от приема транквилизирующих препаратов, замещая их аутогенными упражнениями и методами самовоздействия. Лица, применяющие транквилизаторы, всегда имеются как в лечебных группах аутотренинга, так и в группах здоровых лиц. Поэтому, начиная с вводной беседы и объяснения механизмов действия метода, необходимо постоянно и целенаправленно проводить разъяснительную работу, а фактически — рациональную психотерапию в бодрствующем состоянии, направленную на сознательный и добровольный отказ пациентов от медикаментозной зависимости в любых ее формах.

Никотиномания

Табакокурение — самый распространенный вид токсикоманий, частота которого, в силу его относительной социальной «приемлемо-

сти», несмотря на широкий масштаб проводимых профилактически-пропагандистских мероприятий, продолжает оставаться на достаточно высоком уровне. Эффективность аутогенной тренировки при лечении табакокурения весьма различна и зависит в значительной степени от мотивации пациента к избавлению от вредной привычки. Как правило, такая мотивация формируется при наличии хронических заболеваний и при длительном злоупотреблении табакокурением, когда на первый план выступает астеноневротическая симптоматика — вялость, головная боль, снижение работоспособности, одышка при нагрузке, раздражительность и т. п. Аутогенная тренировка, естественно, не является в данном случае патогенетической терапией, она лишь способствует активации волевых усилий пациентов и облегчает переходный период к здоровому образу жизни. Так же, как и при терапии алкоголизма, рекомендуется самовнушение безразличного отношения к курению («Сигареты безразличны», «Я свободен от своей привычки», «Эта свобода приносит мне радость и здоровье» и т. п.). H. Lindemann (1980), считающий, что зарифмованные и ритмичные формулы самовнушений оказываются более эффективными, приводит, например, такой вариант самовнушения:

Бу — ду — жить — без — си — га — рет.
Бу — ду — жить — без — си — га — рет.

Аутогенная тренировка при соматических заболеваниях

Каждый врач, стоящий на позициях нервизма, при терапии любого заболевания не может не учитывать патогенетических нейропсихологических механизмов, которые лежат в основе или косвенно содействуют (или сопутствуют) развитию заболевания. Прежде всего, это относится к кортико-висцеральным (психосоматическим) заболеваниям, таким, как гипертоническая, язвенная, ишемическая болезнь, в этиологии которых роль нервного фактора была убедительно показана в ряде работ отечественных ученых. Вопросы терапии кортико-висцеральных заболеваний и тесно с ней связанные проблемы их психопрофилактики никогда так остро не стояли перед практической медициной, как в наши дни, когда заболевания сердечно-сосудистой системы стали проблемой номер один для здравоохранения всех развитых стран, а распространенность таких страданий, как язвенная болезнь, гастриты, нарушения обмена веществ, не только не уменьшается, но постоянно растет, приобретая, как отмечал И. Т. Курцин, характер своеобразных эпидемий. И тем непонятнее все еще встречающееся пренебрежительное отношение врачей-интернистов к проблемам психотерапии и к психопрофилактике в самом широком социально-медицинском аспекте теперь, когда практически для всех стало очевидным, что в этиопатогенезе указанных заболеваний решающее и определяющее значение имеет нервный фактор, а именно — перенапряжение высших отделов цен-

тральной нервной системы и кортико-висцеральные нарушения [Лебедев Б. А., 1983; Коркина М. В., Марилов В. В., 1983].

В работе «Теоретические основы психосоматической медицины» И. Т. Курцин (1973) вводит понятие «триггерный механизм психогенного стресса», сущность которого состоит в том, что симптомы невроза или кортико-висцерального заболевания появляются у человека не сразу вслед за психической травмой, а чаще всего после определенного преморбидного периода, иногда достигающего «поразительно больших величин». Далее автор отмечает, что величина латентного периода объясняется силой и функциональными возможностями защитно-приспособительных механизмов, их ***тренированностью***, а также физическим и душевным состоянием человека в момент травмы. Это положение определяет первый, психопрофилактический аспект применения аутогенной тренировки в целях предотвращения соматической патологии. Активная психопрофилактика и психосоматопрофилактика составляет основу того неуклонно возрастающего интереса к методу, который проявляется врачами-интернистами и специалистами по профессиональной патологии и профилактике как у нас в стране, так и за рубежом. Только за последние годы появились десятки работ, в которых предлагается использование аутогенной тренировки в целях активной терапии и профилактики сердечно-сосудистой патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта [Докторский Я. Р., 1978; Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1980; Свядощ А. М., 1982; Телешевская М. Э., 1983; Kimmel H., 1981; Choi M., Steptoe A., 1982; Wolak K., 1982; Surwit R., Williams R., Shapiro D., 1982; Lacroix J., 1983; Bach O., 1983; Cordes J., Arnold W., Zeibig B., 1983; Konig W., di Pol G., Schaeffer G., 1983, и др.].

Однако было бы ошибкой считать это новым аспектом или новой областью применения аутогенной тренировки. Еще при создании своей методики I. Schultz в первую очередь исходил из потребностей именно соматической клиники, а его теоретические построения основывались на «организмическом» действии разработанных приемов. В то же время аутогенная тренировка получила широкое распространение и признание прежде всего в психоневрологической практике и лишь затем повторно начала внедряться в терапию психосоматических заболеваний. В значительной степени это обусловлено как углублением понимания этиопатогенеза многих заболеваний на основе принципов нервизма, так и многочисленными клиническими наблюдениями, которые показали, что практически не существует соматических заболеваний, при которых в той или иной степени не страдала бы нервно-регуляторная функция, а в ряде уже отмеченных случаев это страдание является первичным и лежит в основе заболевания. Так, Я. Р. Докторский, применяющий аутогенную тренировку при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, отмечает, что невротическая симптоматика наблюдается у 90 % больных язвенной болезнью и у 95 % страдающих хроническим холециститом, причем в 80—90 % случаев эта невротическая симптоматика была отчетливо выражена и требовала специальных

психотерапевтических мероприятий. По преимущественному признаку автором выделяются следующие «сопутствующие» синдромы: неврастенический (47 %), истерический (6 %), ипохондрический (30 %) и фобический (17 %).

Многие представители клинической медицины отмечают, что те или иные психические нарушения обнаруживаются у значительного числа больных с кардиологической патологией, а астеноневротические состояния у них наблюдаются весьма часто. Рассматривая вопросы пограничной психиатрии в современной кардиологической клинике, Б. А. Лебедев (1983) особо подчеркивает, что личностные реакции на заболевание могут служить самостоятельной причиной расстройств в нейрогуморальной регуляции коронарного кровообращения и метаболизма миокарда, играющих важную роль в патогенезе ИБС. Этот факт заслуживает самого пристального внимания в плане профилактики и коррекции отрицательных личностных реакций как на интерперсональном, так и на интраперсональном уровне. Н. В. Эльштейн, анализируя общемедицинские проблемы терапевтической практики, пишет о росте числа пациентов, страдающих «маскированной, соматизированной депрессией», количество которых, по данным различных авторов, достигает 15—40 %. Далее автор отмечает, что «трудности диагностики усугубляются тем, что больные оказываются между терапевтом и психиатром, каждый из которых в отдельности не способен дать больному целостную оценку» [Эльштейн Н. В., 1983]. Такое положение должно быть преодолено. Девиз «лечить не болезнь, а больного» попрежнему остается актуальным, хотя правильнее было бы сказать: «лечить и больного, и болезнь», потому что чем выраженнее изменение состояния человека, тем больше уровней (начиная с высших) вовлекается в патологический процесс и тем более широкий спектр терапевтических методов необходим для успешного лечения.

В комплексе современных терапевтических средств аутогенная тренировка имеет свои показания и свои задачи. Как справедливо отмечает С. С. Либих (1979), «аутогенная тренировка является техническим приемом, который может иметь разное клиническое содержание и разную направленность». Как правило, на первом этапе (обучающий курс) она носит характер симптоматического седативного средства и лишь затем приобретает черты корригирующей (личностной) и активной (психосоматической) терапии, а в отдельных случаях, когда патогенетический фактор является точно установленным, аутогенная тренировка может стать каузальным методом. При психотерапии соматических заболеваний всегда следует учитывать тот факт, что объективная картина заболевания практически никогда прямо не коррелирует с субъективным восприятием болезни, которое, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, широко варьирует от полного безразличия до гиперболически-пессимистического отношения. От понимания не только нозологической формы, но и всего индивидуального проявления болезни в значительной степени зависит успех лечения.

При психотерапии соматических заболеваний вначале следует выделить тот психоневрологический синдром, который сопутствует основному заболеванию, определить методы, использование которых с учетом личности больного и этапа лечения будет наиболее успешным. Однако действие аутогенной тренировки при соматических заболеваниях не ограничивается только узкопсихотерапевтическими, точнее — психологическими, эффектами. Целенаправленное воздействие на физиологическое состояние органов и тканей, реализуемое преимущественно посредством вегетативно-сосудистой саморегуляции, составляет второй компонент активной психосоматической терапии с помощью аутогенной тренировки.

Как уже неоднократно отмечалось, лучшие показатели лечения достигаются при заболеваниях, сопровождающихся спастическими явлениями, т.е. протекающих с явной гиперактивацией симпатического отдела автономной нервной системы. Уже систематическое применение базисных упражнений аутогенной тренировки оказывает благоприятное терапевтическое действие при гипертонической болезни, стенокардитическом синдроме, спастических заболеваниях органов желудочно-кишечного и мочеполового тракта. Эффективность применения аутогенной тренировки в лечении соматических заболеваний существенно повышается при использовании терапии «обратной связью», которую некоторые авторы выделяют в самостоятельный терапевтический метод, разрабатываемый в рамках «поведенческой терапии»[1].

Применение аутогенной тренировки при органических заболеваниях нервной системы

Терапия органических заболеваний нервной системы так же, как и других соматических заболеваний, безусловно, должна быть комплексной. Однако следует отметить, что острые неврологические заболевания, сопровождающиеся судорожными синдромами, нарушениями сознания, снижением интеллекта и памяти, исключают применение аутогенной тренировки. В подостром периоде и при хронических заболеваниях метод часто бывает полезным дополнением к медикаментозной терапии. Аутогенная тренировка, бесспорно, является показанной в процессе восстановительной терапии и психосоциальной реабилитации больных после сосудистых поражений головного мозга. Стимуляция восстановительных процессов, коррекция личностных нарушений, блокирование и рационализация болезненных переживаний составляют общетерапевтическую задачу. Естественно, что в зависимости от особенностей личности больного, выраженности и формы органического синдрома применяемая техника психотерапии и ее отдельные приемы должны быть индивидуализированы. При органических заболеваниях нервной системы в силу их специфических особенностей более про-

[1] См. раздел «Аутогенная тренировка и биологическая обратная связь».

дуктивными, как правило, оказываются индивидуальные занятия, особенно при компенсации функциональных нервно-мышечных дефектов, часто входящих в клиническую картину исхода заболевания. В последнем случае наиболее показанными являются идеомоторные тренировки с использованием обратной связи, в частности через электромиограмму. В этом плане заслуживают внимания наблюдения J. Andrews, изложенные в работе «Нервно-мышечное восстановительное обучение при гемиплегии с помощью обратной связи». При лечении 20 больных, страдающих гемиплегией, у которых все традиционные способы восстановления нервно-мышечной функции оказались безуспешными, автор применил процедуру обучения с обратной связью через ЭМГ, после чего все больные смогли произвольно вызывать мышечные сокращения в парализованных конечностях. Аналогичный метод был позднее применен H. Johnson и W. Garton у 10 больных с гемиплегией, при лечении которых традиционными способами в течение года не было выявлено признаков улучшения. Авторы отмечают, что уже через 16 нед. применения идеомоторных тренировок с обратной связью выраженное улучшение наблюдалось у 50 % больных; у остальных улучшение было не столь явным, но тем не менее достаточно ощутимым.

Обучение саморегуляции при эпилепсии с помощью обратной связи, обеспечиваемой ЭЭГ, получило наибольшую известность. Сущность предложенного M. Sterman метода состоит в том, что пациенты обучаются произвольно повышать частоту и амплитуду ритма (12—16 Гц), регистрируемого с сенсомоторной коры. Многие исследователи, повторившие эти опыты, подтверждают, что таким образом удается уменьшить частоту возникновения судорог [Finley W., Smith H., Etherton M., 1975; Lubar J., Bahler W., 1976]. В большинстве приведенных работ сигналами обратной связи являлись непосредственно патологические формы биоэлектрической активности мозга. Н. В. Черниговской (1978) в опытах, проведенных на базе нейрохирургического отделения Ленинградской областной клинической больницы, в качестве сигналов обратной связи использовалось «отрицательное управляющее воздействие — электрокожная стимуляция и сигналы информационного значения — звук и свет». Автор отмечает, что, уже начиная с третьего сеанса, наблюдалось значительное уменьшение частоты и интенсивности эпилептиморфной активности как в процессе обучения методу саморегуляции, так и в фоновых (между сеансами) исследованиях.

Не анализируя здесь подробно общеневротические симптомы, терапия которых с помощью аутогенной тренировки излагалась в предыдущих главах, отметим, что релаксирующие упражнения являются также показанными и дают позитивный результат при шейном и поясничном остеохондрозе, ангиодистонических нарушениях, тиках и спастических состояниях мышц лица, глотки и гортани. В неврологической клинике аутогенная тренировка может также с успехом применяться в целях терапии вегетативно-сосудистых расстройств, достаточно часто встречающихся у больных этого профиля.

Применение аутогенной тренировки в хирургической практике

Важность учета предоперационного психического состояния больного, необходимость выявления и коррекции невротических реакций, в особенности тревоги и страха за исход операции, а также депрессивных тенденций для предупреждения постоперационных психических расстройств, подчеркивалась рядом авторов. Применительно к таким сложным хирургическим вмешательствам, как операции на сердце, некоторые исследователи отмечают, что предоперационные нервно-эмоциональные нарушения могут существенно ухудшать прогноз и повышать постоперационную летальность. Несмотря на достаточно длительные в ряде случаев периоды предоперационной подготовки (операции на легких, сердце, почках, желудке), психотерапевтическое воздействие в клиниках хирургического профиля часто ограничивается лишь беседой и приемами ободрения больного. Простота и доступность психотерапевтических приемов аутогенной тренировки, а также их достаточная эффективность позволяют рекомендовать метод к широкому использованию как при подготовке больных к хирургическому лечению, так и в постоперационном периоде.

Получившая в последние годы у нас в стране распространение реимплантация конечностей после травматической ампутации определяет второй важный аспект применения аутогенной тренировки в хирургической практике — это идеомоторная восстановительная терапия с использованием обратной связи. По-видимому, этими двумя аспектами далеко не исчерпываются возможности применения аутогенной тренировки в хирургии, требующие специальных исследований и серьезного клинического обоснования.

Аутогенная тренировка и биологическая обратная связь

Особенно широкое распространение аутогенная тренировка и биологическая обратная связь получили в так называемой «поведенческой медицине», которая в настоящее время определяется как «междисциплинарная область, возникшая в результате интеграции медицинских, психологических и технических наук, занимающихся проблемами здоровья и болезни» [Surwit R., Williams R., Shapiro D., 1982]. По нашему мнению, выделение поведенческой терапии в самостоятельную область медицины является необоснованным, а интеграция и междисциплинарный подход отражают современные тенденции практически во всех областях науки и техники.

Понятие «биологическая обратная связь» («biofeedback») применяется только в отношении тех случаев, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же субъекта, который генерирует данную физиологическую информацию, является ее источником [Brown B., 1977]. Получив вначале распространение в практике «детекции лжи» (в США) и исследованиях клас-

сических (павловских) и инструментальных рефлексов в физиологии, наиболее важное применение обратная связь нашла в клинике. Использование обратной связи (выработка способности контролировать собственные физиологические процессы) стало реальной медицинской проблемой со времени изобретения первых полиграфов, позволяющих проводить динамическую индикацию различных реакций автономной нервной системы и предъявлять эти показатели пациентам, тем самым обеспечивая возможность обучения управлению вегетативными функциями. Этот принцип является естественным и простым. «Представьте себе, — пишет J. Hassett (1978), — как можно было бы учиться играть на фортепиано, очень надежно заткнув уши». В обычных условиях мы не получаем точной количественной информации о внутреннем состоянии физиологических функций, скажем, частоте пульса или величине артериального давления. Однако, используя обратную связь, которая позволяет регистрировать тончайшие изменения этих физиологических процессов, можно научиться сознательно управлять ими. С учетом современного уровня развития медицинской техники применение обратной связи получило наиболее широкое распространение при лечении артериальной гипертонии, нарушениях частоты и ритма сердечных сокращений, восстановлении нервно-мышечных функций, в целях «адаптивного регулирования при неврозах» [Черниговская Н. В., 1978], а также для повышения эффективности обучающего курса аутогенной тренировки [Решетников М. М., 1981; Levee J., Cohen M., Rickies W., 1976]. Количество работ, посвященных проблеме обратной связи и сочетанного применения аутогенной тренировки и обратной связи в последние годы неуклонно растет [Авсаркисян А. Н. и др., 1983; Кратин Ю. Г., 1983; Мовсисянц С. А., 1983; Kimmel H., 1981; Choi M. et al., 1982; Burgess T., Wagner H., 1982; Wolak K., 1982; Lacroix J. et al., 1983], что позволяет сделать вывод о перспективности данного научного направления.

H. Benson, J. Beary и M. Carol (1974) провели интересное исследование сравнительной эффективности медикаментозного лечения (преимущественно диуретиками), аутогенной тренировки и терапии обратной связью при гипертонической болезни. Результаты исследований показали, что при коротких сроках лечения (2—8 нед.) применение обратной связи является более эффективным, чем техника релаксации, но в ряде случаев не таким успешным, как медикаментозное воздействие. Анализируя эти данные, R. Surwit, R. Williams и D. Shapiro (1982) отмечают, что, хотя медикаментозное лечение и является часто достаточно эффективным, аутогенная тренировка с обратной связью может быть также полезной в целях снижения артериального давления «у некоторых, если не у всех, пациентов (без медикаментов)». На основании собственных исследований авторы делают заключение, что «обратная связь и техника релаксации приводят в большинстве случаев к эквивалентному снижению давления крови, а меньшая стоимость и простота релаксирующих процедур делают их методом выбора».

G. Schwartz в работе «Клиническое применение обратной связи» приводит данные об эффективности метода (самовнушение повышения температуры рук и ног) при болезни Рейно, основным клиническим синдромом при которой является нарушение периферического кровообращения. T. Weiss и B. Engle показали, что обучение регуляции сердечной деятельности с помощью обратной связи оказывает позитивное действие при некоторых видах аритмий. В целом, по-видимому, следует сделать вывод, что сочетанное применение аутогенной тренировки и обратной связи является одним из перспективных направлений как в психоневрологии, так и в клинике соматических заболеваний. Современные данные о практическом применении аутогенной тренировки и обратной связи еще раз подтверждают верность обоснованной нами концепции опроизволивания, сущность которой состоит в том, что *нет функций, не подвластных сознательному контролю; есть функции, задача целенаправленного опроизволивания которых не ставилась или с учетом современных технических достижений пока не может быть решена.*

Следует признать, что результаты применения биологической обратной связи (БОС) в мировой практике пока чрезвычайно противоречивы. B. Brown (1977) объясняет это тем, что «БОС пока не является наукой, а только лишь началом науки». Успехи и неудачи применения этого метода как в качестве самостоятельного, так и в сочетании с аутогенной тренировкой во многом зависят от опытности, энтузиазма и установки экспериментатора, поскольку БОС требует совершенно новых навыков и знаний при ее применении [Sipos K., 1980]. При этом основную трудность составляет как объяснить больному, что именно он должен делать, чтобы достичь желаемых эффектов? (Вспомним уже приведенный нами случай из практики D. Shapiro). Наша внутренняя физиологическая деятельность, пока описываемая в категориях внешней деятельности, чрезвычайно трудно вербализуется и коммуницируется даже самими исследователями. Развитие методики и техники БОС потребует образования новых или физиологической экстраполяции существующих понятий.

Несмотря на существенные различия в понимании тонких механизмов, участвующих в реализации терапевтического самовоздействия с помощью БОС и аутогенной тренировки, следует подчеркнуть тренирующий и обучающий характер обоих методов, их связь с целенаправленной активацией и стимуляцией резервных возможностей нервной системы. Применение биологической обратной связи в сочетании с аутогенной тренировкой нами рекомендуется осуществлять в 4 этапа.

На первом этапе проводится обучение базисным упражнениям аутогенной тренировки с использованием специальной аппаратуры для получения информации о динамике физиологических показателей в процессе сеансов. С этой целью могут использоваться электромиограф, чувствительный контактный электротермометр, пульсотахометр, пневмотахометр, а также аппараты для регистрации артериального дав-

ления, ЭКГ, ЭЭГ, КГР, плетизмограммы и др. Естественно, что в тех случаях, когда не решаются комплексные исследовательские задачи, нет нужды использовать все перечисленные приборы (и, соответственно, физиологические показатели) одновременно, а лишь те из них, которые позволяют опосредовать значимую для данного конкретного случая физиологическую информацию.

На втором этапе под контролем приборной информации осуществляется постепенный переход к замене сигналов обратной связи собственными ощущениями обучаемых.

На третьем этапе проводится контроль усвоения приемов саморегуляции, которые выполняются самостоятельно. В этом случае применение приборов ограничивается контрольным замером физиологических показателей до и после сеанса саморегуляции, абсолютные значения которых могут сообщаться или не сообщаться обучаемым.

На четвертом этапе использование лечебных приемов саморегуляции проводится только под контролем собственных ощущений больного.

В заключение данного раздела следует отметить, что применение технических средств, позволяющих предъявлять информацию о физиологических функциях, не является единственным направлением инструментальных способов обучения приемам саморегуляции. Так, Л. Н. Мельниковым (1979) предложен прибор «Релаксатор», реализация терапевтического воздействия которого основана на принципах «навязывания» ритма. Принцип работы прибора достаточно прост. На экране перед испытуемым создается ритмическое сужение и расширение светового пятна, имитирующее экскурсии грудной клетки при дыхании. Одновременно через наушники с помощью электронной схемы синхронно имитируется шум прибоя. Программа действия прибора является динамической и позволяет постепенно замедлять скорость подачи раздражителей до ритма дыхания глубокоспящего человека (от 20 до 4 циклов в минуту). Экспериментальная апробация прибора на больных и здоровых людях позволяет сделать вывод о позитивном релаксирующем эффекте, сопровождающемся снижением артериального давления и замедлением частоты сердечных сокращений.

В целом, можно сделать заключение, что проблема использования технических средств в целях психопрофилактики и психотерапии еще очень молода, но, бесспорно, представляет собой одно из перспективных направлений современной клинической медицины.

Глава 8
ТЕОРИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРФЕЙСА В ПСИХОЛОГИИ, ФИЗИОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И ПСИХОТЕРАПИИ (НЕМАТЕРИАЛЬНАЯ ПРИРОДА ПСИХИКИ)

Это открытие уже давно лежало на поверхности, и даже удивительно, что никто так и не сделал еще один шаг, чтобы объединить свой клинический опыт, достижения современной академической науки в подходах к информации, психологические исследования в области детского развития и изучение невольных опытов воспитания человеческих детенышей в сообществах животных с одной стороны, с критическими подходами к современному состоянию психологии, физиологии и психиатрии — с другой, кризис которых не в последнюю очередь обусловлен устаревшими подходами к психике.

История проблемы

Проблема материи и сознания, а в более узком (прикладном) плане — взаимоотношений и взаимосвязи головного мозга и психики, на протяжении двух тысячелетий является одной из основных, наиболее загадочных и в целом нерешенных. В данной главе мы не будет апеллировать к идеям выдающихся философов, а ограничимся только прикладным (медико-психологическим) аспектом проблемы.

Еще до Гиппократа была сформулирована (не вызывающая возражений) идея о том, что **психические явления тесно связаны с работой мозга**, но затем Гиппократ модифицирует эту идею, и на все последующие века постулирует, что **вместилищем всех психических процессов является головной мозг**. Далее будет показано, что различие этих двух формулировок, которое не всегда замечается, является принципиальным. Несмотря на огромный прогресс исследований в этой сфере, гипотеза Гиппократа на протяжении двух тысячелетий остается основной и главенствующей как в физиологии, так и в психиатрии и психологии. Исключение составляют разве что некоторые модальности психотерапии, где психика рассматривается как эпифеномен.

Прежде чем перейти к последнему тезису (об эпифеномене) напомним некоторые ключевые этапы в формировании современных научных представлений. На стыке психологии и физиологии благодаря теориям[1] И. М. Сеченова[2] и И. П. Павлова[3] сформировались две новые области знания: физиология высшей нервной деятельности (ВНД) и психофизиология. Нужно отметить, что эти две сферы знания после почти вековых попыток объяснения всей психической деятельности на основе реакций возбуждения и торможения, рефлекторной деятельности, электрической активности мозга и биохимических реакций ограничили область своих интересов (за исключением единичных авторов) изучением мозговых структур, на основе которых реализуется психическая деятельность. Подчеркнем еще раз — не структур психики, как считалось ранее, а **структур, на основе которых** реализуется психическая деятельность.

Однако в психиатрии и психофармакологии, по сути, все подходы к психопатологии до настоящего времени базируются на ортодоксальной теории ВНД, **которая по-прежнему во многом идентифицирует психику, мозговые структуры и механизмы**, напрямую апеллируя к анатомическому строению нервной системы, локализации функций в коре головного мозга, проводящим путям и биохимическим реакциям, связанным с нейромедиаторами. И на это были свои исторические (методологические и идеологические) причины.

Идеи Гиппократа получили дальнейшее развитие и авторитетные обоснования в работах автора идеи рефлекса Рене Декарта (1596—1659), который писал: «Я анатомирую сейчас головы разных животных, чтобы объяснить, в чем состоит воображение, память и прочее» [9:72]. Этим же (анатомическим и — позднее — физиологическим) путем поисков психики пошли затем другие выдающиеся ученые: Поль Брока (1824—1880) и Карл Вернике (1848—1905), открывшие нервные центры речи; И. М. Сеченов (1829—1905), который выдвинул идею о «полной машинности мозга» и пытался объяснить психическую деятельность реакциями возбуждения и торможения в тканях мозга[4]; И. П. Павлов (1849—1936), который разработав учение о рефлексах и высшей нервной деятельности, считал, что в рефлексе объединяются физиологическое и психическое, а ВНД рассматривал как эквивалент психической деятельности[5]. Этим же путем пошли современные уче-

---

[1] Критический пересмотр этих теорий — см. *Решетников М. М.* Психическое расстройство. Лекции. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. — С. 101—149.; второе издание: *Решетников М. М.* История психопатологии. Лекции. — М.: Издательство Юрайт, 2016. — С. 101—149.

[2] *Сеченов И. М.* Рефлексы головного мозга. — М.: АСТ, 2015.

[3] *Павлов И. П.* Физиология и психология при изучении высшей нервной деятельности животных // В кн. Полное собрание сочинений, 1951. — Т. III, кн. 1, с. 323—340.

[4] *Сеченов И. М.* Указ. соч.

[5] *Данилова Н. Н., Крылова А. Л.* Физиология высшей нервной деятельности. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 478 с.; *Павлов И. П.* Указ. соч., с. 323—340.

ные, обосновывающие психическую деятельность в норме и патологии на основе обмена нейромедиаторов в синаптической щели.

В соответствии с духом времени и сверхпопулярных идей примитивного материализма их всех объединяла — а некоторых продолжает объединять — **одна и та же идея — найти материальные основы психической деятельности**. В течение двух последних столетий психику искали в извилинах мозга, в коре головного мозга, в желудочках мозга, в подкорковых образованиях, в электрической, волновой и квантовой активности мозга, и, наконец: «О чудо! Ее нашли в синаптической щели!».

Нужно особо отметить, что главенствующие на тот или иной период гипотезы о структурах психики тут же определяли методы терапии психических расстройств. Анатомический подход к «структурам психики» стимулировал идеи лоботомии и рассечения мозолистого тела мозга; идея электрической активности вызвала тысячи экспериментов с электрошоком; новейшие (по историческим меркам) биохимические теории вызвали появление новой отрасли химической индустрии — психофармакологии, главной «мишенью» которой является синаптическая щель. В итоге вся современная терапия психических расстройств осуществляется преимущественно с применением психофармакологии, которая направлена на коррекцию обмена нейромедиаторов в синаптической щели и, таким образом, якобы на психику. Но вопрос о том, приводят ли эти «самые современные» методы терапии к выздоровлению пациентов, остается открытым, ибо даже разработчики этих методов указывают на 20—40 % плацебо-эффекта, а в побочных эффектах большинства психофармакологических средств упоминается вся психопатология, интеллектуальное снижение и эмоциональное уплощение, а также нарушения репродуктивной функции, повреждение печени, почек, гормональные нарушения и т. д.

Обоснование гипотезы

В противовес упомянутым выше традиционным представлениям в 2008 г. автором была выдвинута гипотеза о мозге, как биологическом интерфейсе[1]. В рамках этой гипотезы проводится аналогия между мозгом и компьютером, который обычно характеризуется как аппаратная часть или «железо» (hardware) — с одной стороны, и между психикой и программным обеспечением, обычно именуемым как «софт» (software) — с другой; а процесс обучения ребенка языковому общению, воспитание и обучение рассматривается как вариант программирования. Подчеркнем — программирования, которое, как и в технических

[1] *Решетников М. М.* Психическое расстройство; *Решетников М. М.* Современные тенденции развития психотерапии и психиатрии. — Психотерапия, № 9, 2012, с. 7—15; *Решетников М. М.* Критический постматериализм в психологии и психиатрии // Неврологический вестник, 2011. — Т. XLIII, Вып. 2, с. 66—69.

системах, осуществляется на конкретном языке. Психическая деятельность в данном случае рассматривается как вариант информационного обмена и взаимодействия, которые возникают и функционируют только в социуме[1], а **физические и физиологические феномены — как телесные симптомы душевной жизни**, предоставляющие лишь косвенную информацию о мыслях, идеях и переживаниях, так же как и о психических содержаниях в целом. Эти симптомы только свидетельствуют о том, что с субъектом что-то происходит, но что именно — можно только предполагать. Здесь уместна аналогия с человеком, стоящим за высоким непроницаемым забором у некой фабрики или завода и по доносящемуся до него шуму пытающегося угадать, что же там производят.

Одно из ключевых положений предложенной в 2008 г. гипотезы состояло в следующем: со временем особая роль мозга будет пересмотрена, и в новой системе представлений ему будет отведена более скромная, но не менее значимая роль связующего звена между идеальным и идеальным или, выражаясь современным языком, роль биологического интерфейса[2].

Исходя из этого положения, еще недавно чрезвычайно популярные попытки изучения мыслей и психической деятельности с помощью ЭЭГ можно сравнить с замером сопротивления и напряжения на клеммах телевизора с целью установить, что именно транслируется по той или иной программе передач. Собственно психическая деятельность (во всяком случае, пока) познаваема лишь в форме самонаблюдения и рефлексии, которые на протяжении длительного периода развития психологии характеризовались как идеалистические, субъективные и ненаучные, однако в последние годы отношение к этим методам самопознания начинает меняться.

Академическая наука об информации

Последующее развитие гипотезы было связано с одним чрезвычайно важным положением, которое долго ускользало от внимания психологов, физиологов и психиатров и никак не учитывалось в их теоретических построениях и гипотезах. **Информация современной академической наукой общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор**[3], материальны только ее носители (биологические, бумажные,

[1] Тезис о том, что ребенок с первых дней погружается в «купель» языка, которая и определяет его психическое развитие, принадлежит Жаку Лакану. См.: *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе. Доклад на Римском Конгрессе, прочитанный в Институте психологии Римского Университета 26 и 27 сентября 1953 года. — М.: Гнозис, 1995.

[2] *Решетников М. М.* Психическое расстройство.

[3] Не раз убеждался, что некоторых коллег этот тезис приводит в недоумение. В связи с чем предлагал им провести «острый опыт» — разобрать свой компьютер и найти в нем программы или хоть какую-то информацию.

электронные и т. д.). Тем не менее, являясь нематериальной, любая информация обретает (именно обретает, а не имеет исходно) ряд количественных и качественных характеристик. Она может быть нейтральной, эмоционально насыщенной, устрашающей, правдивой, ложной и т. д., но все эти характеристики появляются только при наличии субъекта восприятия информации, причем у разных субъектов одна и та же информация может вызывать абсолютно разные психические реакции (вспомним 11 сентября 2001 г. — траур в США и ликующая толпа в Ливии). Само по себе **наличие информации на каком-либо носителе (вне субъекта или при отсутствии субъекта) — фактически не существует**.

Лишь живые существа (и в самой высокой степени — человек) могут являться одновременно и субъектами восприятия, и производителями, и носителями, и хранителями, и верификаторами информации. Этими же субъектами в процессе эволюции Homo Sapience постепенно создавались все более надежные системы сохранения и передачи последующим поколениям постоянно возрастающих объемов информации: от примитивных форм коммуникации (которые обнаруживаются уже у животных) к человеческой речи[1]; от примитивного обозначения предметов, явлений и действий к отвлеченным понятиям и обобщениям; от устной передачи знаний до изобретения письменности; от мифологических построений к научно-обоснованному знанию; от глиняных табличек и папирусов до современных информационных систем. С учетом этих положений нужно признать, что **современное понятие эволюции**, являющееся результатом синтеза двух сугубо биологических подходов — классического дарвинизма и популяционной генетики, **должно быть существенно расширено с включением в него информационно-психологических аспектов**.

Укоренившиеся представления о мозге, как вместилище всех психических функций породили массу заблуждений, которые давно вошли в обыденную речь, а в науке привели к известному феномену «нагруженности теорией» (когда все, что лежит за пределами главенствующей теории исходно отметается). Совершенно привычными стали фразы о том, что «у кого-то не все в порядке с нервами», хотя нервы — это просто проводники; другой вариант: «мне пришло в голову», но приходит не в голову, а «на ум» и т. д. В целом идентификация нервного и психического на уровне обыденного сознания и даже научного знания — запредельна.

При этом всеми современными науками о человеке вообще не замечаются коренные отличия нервной системы от психики. Их несколько,

[1] Здесь, безусловно, нужно упомянуть гениальную идею И. П. Павлова о второй сигнальной системе, но при этом отметить, что в отличие от первой сигнальной системы, которая реализуется на основе рефлекторной деятельности, является общей для нас и всех животных (генетически задана), вторая сигнальная система является искусственным образованием (информационным по своей природе) и формируется только в социуме.

но главное — здоровая психика способна отличать воображаемые стимулы от реальных. Нервная система и на те и на другие может реагировать практически одинаково. На этом основаны все техники внушения и самовнушения, когда, например, представление о том, что рука погружена в горячую воду, тут же сопровождается повышением температуры кожных покровов кисти, а представление спринтерского бега на 100 м тотчас сказывается на частоте пульса. Но, кроме психотерапевтов, мало кто учитывает, что точно по такому же сценарию развивается психосоматическая патология, которая во многих случаях реализуется с учетом индивидуальной системы символизации конкретной личности (в нашей терминологии — «внутреннего психического программирования»). То, что было принято «близко к сердцу», проявится именно в кардиопатологии; обида, которую не удалось «проглотить» скажется на акте глотания — или в форме булимии, или в форме анорексии; известие, от которого некогда перехватило дыхание, может проявиться в форме астматических приступов; то, от чего «подкосились ноги», вызовет боли в суставах. В целом **индивидуальная система символизации психических травм действует как многократное императивное внушение** (точнее самовнушение). С этим можно соглашаться или нет, но думаю, что даже люди предельно далекие от психотерапии и психологии не раз наблюдали, как внезапно свалившаяся на кого-то «непосильная (психологическая) ноша» (информация!) тут же сгибает позвоночник.

Идеи о возможности влияния психики на соматические функции (сформулированные Й. Гейнротом в 1818 г.) были революционными, категорически противоречили представлениям о неких «мозговых структурах психики» и именно поэтому так долго (более 100 лет) не принимались официальной наукой, существуя преимущественно на уровне обыденного сознания. Там, где врачи терялись в вопросах этиологии заболеваний, сам пациент или его родственники легко диагностировали наступление «болезни от горя» или «из-за несчастной любви». Постепенное признание концепции психосоматической патологии, казалось бы, дезавуировало почти утвердившиеся в медицинской науке представления об идентификации психической феноменов и их материальных носителей — мозга, физиологических и биохимических процессов (которые при психосоматическом подходе оказывались вторичными по отношению к психике). Однако это открытие осталось как бы незамеченным.

В XX в. признание влияния психики на сому все-таки состоялось, но это никак не повлияло на сложившиеся в течение двух тысячелетий подходы к терапии психических расстройств, которая по-прежнему осуществляется путем химического (психофармакологического) воздействия на соматические структуры мозга (тем самым как бы негласно признавая, что психика — это некое производное мозговых структур). Позволю себе высказать предположение, что признание того, что мозг для психики — это, хотя и гораздо более значимая, но такая же сома, как и любая другая, состоится не скоро, даже несмотря на то, что этому

имеется целый ряд клинических подтверждений. Не вдаваясь в подробное обоснование, добавим, что идея «пластичности мозга» со временем неизбежно будет также переадресована к пластичности психики, ибо ткань, какой бы высокоорганизованной она ни была, не может изменять себя сама по своему же усмотрению — для этого требуется какой-то иной, более высокий уровень регуляции тканевых процессов.

Психопатология и психофармакология

Обратимся к психопатологии. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа и **два принципиально различающихся подхода к терапии психопатологии**.

1. Психопатология, которая развивается как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, склеротических изменений, онкологических заболевай и т. д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждается носитель информации — мозг (возвращаясь к аналогии с компьютером — аппаратная часть или «железо»). В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т. д.;

2. Психопатология, которая развивается как следствие информационного поражения самой психики, то есть когда один нематериальный фактор (например индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику), точно так же как компьютерный вирус (информация) повреждает до этого стабильно функционирующее программное обеспечение (software). Самый наглядный пример — якобы «массовое отравление» нервнопаралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре — декабре 2005 г. При серьезном изучении это «отравление» оказалось типичным вариантом массового психического заражения ложными идеями или, как сейчас это чаще обозначается, «болезнями»[1], передающимися информационным путем. В целом по такому же (паранойяльному) сценарию развиваются и межнациональные конфликты[2].

[1] Термин «болезни» не случайно приведен в кавычках, так как по определению ВОЗ, болезнь — это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими (структурными) изменениями в органах и тканях, наступающими в результате воздействия эндогенных и (или) экзогенных факторов. Понятия болезни в психиатрии в настоящее время не существует, оно заменено понятием «психическое расстройство».

[2] *Volkan V.* Traumatized Societies // In: Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. — London, International Psychoanalytic Association, 2003, p. 217—237.

В отличие от первой группы психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. **А терапия, соответственно должна осуществляться путем информационного воздействия на не поврежденные мозговые, а на поврежденные психические структуры**. Химическое воздействие — еще раз прибегнем к образному сравнению — на «железо» (ткани и биохимию мозга) в данном случае ничего не даст (психические содержания останутся неизменными)[1]. Длительное применение психотропных препаратов (а для некоторых предписываемые сроки составляют как минимум 6 мес. и более) в целом не позволяет сколько-нибудь объективно оценить, является ли редукция симптомов результатом медикаментозной терапии или преодоление кризисной ситуации произошло в автономном режиме.

При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их также можно условно разделить на две группы: те, которые притупляют душевные переживания (возвращаясь к используемым аналогиям — снижают яркость «интерфейса», т. е. экрана, на котором проецируется информация); и те, которые стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия (повышают энергетическое обеспечение всех мозговых процессов). Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (саму информацию).

Здесь нет негативизма к психофармакологии, успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения, длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду — без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают все эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции, среди которых, как уже отмечалось, присутствует вся психопатология). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров, психотерапевтов и психологов на содержание психической сферы пациентов. Кому-то покажется странным, но здесь психотерапия могла бы кое-что позаимствовать из разработок специалистов по антивирусным программам.

Еще одно примечание: в отличие от самых различных вариантов искусственного интеллекта, где все программы и параметры исходно

---

[1] Продолжая уже использованные аналогии, «лечение» такой психопатологии химиопрепаратами, мишенью которых является обмен нейромедиаторов в синаптической щели, подобно попытке избавиться от вирусного заражения компьютера поливая клеммы соединений его блоков щелочью или кислотой

заданы, а ожидаемые результаты анализа и синтеза относительно точны и легко прогнозируемы, человеческий интеллект характеризуется высочайшим уровнем способности к саморазвитию в сочетании с непрогнозируемостью и субъективностью как восприятий любой информации, так и нестандартностью и широкой вариативностью принимаемых решений. Кроме того, повреждающая нормально функционирующую психику информация может поступать как извне (как и в случаях компьютерных вирусов), так и порождаться самой психикой в виде ложных идей, переживаний, подозрений и т. д., которые становятся для нее самотравмирующими факторами.

Дополнительные аргументы: ферральные и заброшенные дети

Приведем еще несколько аргументов, свидетельствующих в пользу изложенной теории. Изучение ферральных детей (более известных как «Маугли») показывает, что при отсутствии раннего погружения в социальную среду (или — как уже отмечалось — при отсутствии языкового программирования мозга ребенка социальным окружением) нормальная человеческая психика не формируется, впрочем, как и прямохождение. Это позволяет сделать еще один вывод: **наличие здорового мозга является необходимым, но недостаточным условием формирования и адекватного функционирования человеческой психики —** обязательно требуется языковое программирование. А так как инстинкты и рефлексы у ферральных детей функционируют, то нужно признать их генетическую обусловленность, в отличие от разумной деятельности, которая является функцией приобретаемой, формируемой и развивающейся только в социальной информационной среде. Добавим, что ферральные дети усваивают программы поведения и язык (систему информационного обмена) того животного сообщества, в котором им удалось выжить, что еще раз подтверждает выдвинутые автором положения.

В психологии хорошо известны хрестоматийные случаи, когда ферральные дети могли общаться только по-волчьи или по-собачьи и даже только на птичьем языке (описан и такой казуистический случай, когда лишенный нормального общения ребенок провел раннее детство в изоляции от несохранных родителей, но в окружении попугаев). Это еще раз подтверждает гипотезу автора, согласно которой процесс воспитания и обучения рассматривается как вариант программирования и импринтинга. Напомним, что импринтинг определяется как психофизиологический механизм, при котором воспринимаемые анализаторами (зрительным, слуховым, обонятельным и т. д.) образы или определенные паттерны поведения жестко фиксируются в памяти при минимуме предъявлений. Этот механизм действует как у человека, так и у животных, но его особенность состоит в том, что он возникает

и функционирует только в самом раннем детстве и, естественно, является неосознаваемым.

А теперь подчеркнем некоторые чрезвычайно важные особенности импринтинга, которые ранее ускользали от внимания большинства исследователей. Во-первых, неосознанное запечатление и последующее копирование тех или иных паттернов поведения (из ближайшего окружения младенца), осуществляется независимо от того являются ли они созидательными или ведут к разрушению. То есть копироваться могут как позитивные, так и негативные паттерны поведения, в том числе, например, агрессивного или депрессивного регистра. Во-вторых, то, что ферральные дети оказываются способными не только адаптироваться к тому или иному животному сообществу, но и полностью идентифицируются с ним, позволяет сделать вывод, что, рождаясь, человеческие индивиды не относят себя к какому-либо конкретному виду живых существ. То есть адекватная или ложная идентификация с тем или иным видом формируется именно на основе импринтинга («первичного запечатления» ближайшего окружения, в первую очередь того, которое заботиться о поддержании жизни младенца).

Как отмечалось в публикациях, затрагивающих проблемы ферральных детей[1], при длительном нахождении в животном сообществе они полностью перенимали повадки своих «приемных родителей», которые затем фактически не поддавались коррекции, даже несмотря на все усилия психологов и врачей-реабилитологов. Такие дети демонстрировали хорошую приспособленность к передвижению на четырех конечностях; принимая пищу, они вначале ее обнюхивали, отдавая предпочтение сырому мясу и потрохам, которые добывали, охотясь на кур и мелких грызунов; испытывая жажду, облизывали губы, воду не пили, а лакали; плохо переносили дневной свет; так же как и животные, не узнавали себя в зеркале. Они убегали от людей и от огня, принимали угрожающие позы и рычали при появлении других опасностей; справляли естественные надобности так, как это делают животные. Относительно поведения — все, в принципе, естественно. Но особенно следовало бы выделить неспособность смеяться при наличии всей нормальной иннервации и всех мимических мышц. О формировании «социальной улыбки» у младенца имеется множество исследований, но сделаем еще только один вывод: вне социума человеческий индивид, по сути, перестает быть человеком улыбающимся и отвечающим на улыбку (можно ли представить наш мир без этого?). И одновременно в нем пробуждаются дремлющие в каждом из нас природные (животные) инстинкты, готовые реактивироваться всякий раз, как только исчезает культурное обрамление. Этому тезису также имеются некоторые подтверждения. Например, широко известная история девочки, которая вначале развивалась нормально, а затем в результате «решения» явно несохранных

[1] *Никандров В. В.* Психология. — М.: Проспект, 2007, с. 396—397; *Петровский В. А.* Психология неадаптивной активности. — М., 1992, с. 45.

родителей с 3 до 8 лет жила в будке с собакой, и в результате (уже после обретения навыков прямохождения и речи) стала бегать на четырех конечностях, лаять, выть, есть и пить так, как это делала ее «приемная мать».

Исходя из этого тезиса (о легкости реактивации подавляемых культурой примитивных паттернов поведения), наметившаяся еще в начале XX в. тенденция «более толерантного» отношения к различным проявлениям неформального и отклоняющегося поведения требует серьезного переосмысления.

Что препятствует новым подходам?

Популярность теорий, апеллирующих к неким структурам психики (анатомическим, физиологическим, физическим или физико-химическим) остается достаточно высокой. Этому есть как минимум три объяснения. Во-первых, уверен, что многие коллеги, ознакомившись с этим материалом, испытают реальный когнитивный диссонанс. Излагаемые идеи во многом противоречат тому, чему нас учили, во что мы верили, на основе чего мы выстраивали свои научные обобщения и осуществляли свои терапевтические подходы и стратегии. Автор и сам с трудом преодолевал этот диссонанс. Вторая причина, как представляется, кроется в тенденции к стандартизации всех видов психиатрической, психотерапевтической и даже психологической помощи. Это делается в результате некритического переноса принципов сложившихся в соматической медицине, где этот подход, безусловно, является единственно верным и совершенно адекватным, так как вариативность соматической патологии с точки зрения ее этиологии, патогенеза, клинических проявлений и методов лечения относительно мала. В отличие от этого каждый случай психического страдания отличается высочайшей вариативностью, является глубоко индивидуальным и требует такого же подхода, с воздействием на поврежденные психические структуры. К тому же основным терапевтическим инструментом и фактором в данном случае может быть только личность психотерапевта или психолога, которые, всесторонне исследовав личность пациента, затем используют свою психику для коррекции его психики. При этом самым важным компонентом терапии является не то, что делает терапевт или пациент, а то, что происходит между ними.

И последний фактор — коммерциализации медицины, а применительно к рассматриваемым проблемам — многомиллиардные вложения в разработку и рекламу как новых психофармакологических препаратов, так и теорий популяризирующих биохимические концепции психики и возможность коррекции психических нарушений с помощью психофармакологических средств. То, что ни один пациент с тяжелой психопатологией не был излечен с их помощью, никак не сказывается на стратегическом направлении развития современной медикамен-

тозной терапии психических расстройств. Это позволят предполагать, что поиски химии мыслей и чувств будут длиться еще долго, хотя они никуда не ведут. Наиболее точно эти поиски характеризуются приобретающей все большую популярность в научном сообществе фразой: «Сколько радио не разбирай, музыки в нем не найдешь!».

Об основном вопросе философии

Исходя из предложенной теории, основной вопрос философии формулируется в его традиционном варианте: материя первична и субъект первичен, а сознание вторично, ибо со-знание возникает только в социуме как информационная (нематериальная) структура. Эта структура не может существовать без субъектов передающих и воспринимающих информацию.

В заключение напомним, что термин «основной вопрос философии» ввел Ф. Энгельс в 1886 г. в работе «Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии». Некоторые мыслители — и уже далекого прошлого, и современники — отрицают значимость этого вопроса, считая его надуманным, лишенным познавательного смысла и значения. Но нужно признать, что значимость этого вопроса чрезвычайно возрастает в информационную эпоху. Более того, от его постановки и решения зависит сама возможность построения адекватного знания об окружающем мире. Выдающиеся мыслители, такие как Платон, Лейбниц, Гегель и др. считали, что мир идей существует независимо от нашего сознания, а мир вещей является лишь воплощением мира идей. Современные информационные технологии требуют качественно новых подходов к этим проблемам, так как повседневная реальность со всей убедительностью демонстрирует, что мир идей можно формировать искусственно, качественно изменяя сложившиеся культурные коды. А следовательно, можно точно так же (искусственно) создавать те или иные тренды и векторы развития мирового сообщества как в форме ориентации на высокую культуру и научный прогресс, так и в форме межнациональной розни и терроризма или товарного фетишизма и сакрализации материального успеха.

Суть открытия и теории

В отличие от всех предшествующих попыток объяснений психической деятельности на основании поиска тех или иных материальных структур (тканей мозга, электрической, волновой или квантовой активности, а также на основе химических реакций и обмена нейромедиаторов в синаптической щели), обосновано, что наличие здорового мозга является необходимым, но недостаточным условием для психического функционирования личности. Мозг и психика — это две, хотя и взаимосвязанные, но принципиально различные системы. Мозг — это мате-

риальная структура, на основе которой реализуется психика, а психика как специфический вариант информационных процессов в биологической системе — нематериальна.

Обосновано, что мозг является, с одной стороны, биологическим интерфейсом (экраном), на который проецируется информация, включая все знания о себе и об окружающем мира, а также о содержаниях внутренних ментальных процессов. С другой стороны, мозг одновременно является операционной системой и биологическим сервером, где накапливается, хранится и продуцируется вся информация, передача которой осуществляется только через социальную среду и только на основе языкового программирования мозга.

При этом усвоение каждого нового языка формирует свою (дополнительную) информационную систему психики, что подтверждается клиническими наблюдениями в психиатрической практике, когда в период обострения психического расстройства некоторые пациенты-билингвы утрачивали способность говорить на родном языке, но вполне адекватно вступали в коммуникацию с терапевтом на другом. Как известно, первый такой случай (Анны О.) был описан З.Фрейдом в работе «Исследования истерии» (1895).

Заключение

Проблема лечебной саморегуляции физиологических и высших психических функций чрезвычайно сложна и не может быть решена без дальнейших системных исследований как в клиническом, так и в экспериментальном плане. За свое полувековое существование аутогенная тренировка вышла далеко за рамки первоначальной схемы, предложенной И. Шульцем. Тем не менее, заслуга Шульца, столетие со дня рождения которого совпало с завершением подготовки рукописи этой книги к изданию, не может быть ни приуменьшена, ни оспорена: именно он впервые создал систему упражнений, которая позволила существенно расширить показания и области применения психотерапевтического воздействия на основе активного вовлечения больного в процесс лечения. Эти же принципы лежат в основе и всех современных модификаций аутогенной тренировки.

Все аспекты проблемы саморегуляции тесным образом связаны между собой, так как направлены на решение одной главной задачи: познать законы функционирования саморегулирующейся системы, каковой является человек, и научиться управлять этой системой. Е. К. Краснушкин в свое время писал: «Роль врача любой специальности — всегда в известной степени и роль психотерапевта, так как в любой соматической болезни человеческий организм участвует как целое, участвует и своей психической функцией... Как бы теперь ни казалась ясной эта простая мысль, однако научная разработка методов психического лечения или психотерапия — завоевание недавнего времени».

За свою тысячелетнюю историю медицина превратилась в самостоятельную науку, ряд достижений которой ошеломляет и достоин восхищения. Только за последнее столетие побеждены многие заболевания, ранее уносившие тысячи жизней, сделаны сотни фундаментальных открытий, получено множество новых препаратов. Но в области психотерапии по-прежнему еще остается много неизвестного, гипотетичного и эмпирического. И в этой области более, чем в любой другой, медицина еще остается искусством. И, как в любом искусстве, настойчивость, выдержку, увлеченность, глубокие знания и интуиция составляют непременное условие успеха.

Список рекомендуемой литературы[1]

Агаджанян Н. А., Катков А. Ю. Резервы нашего организма. — М.: Знание, 1979. — 144 с.

Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и в клинике. — М.: Наука, 1982. — 241 с.

Алексеев А. В. Психомышечная тренировка. — М.: ЦОЛИУВ, 1979. — 28 с.

Алексеев А. В. Себя преодолеть. — М.: Физкультура и спорт, 1978. — 144 с.

Алелюхин А. А., Хачатурьянц М. Л. Динамика некоторых физиологических функций при десятисуточной гиподинамии с репродуктивным внушением состояний гипер- и гиповесомости. — В кн.: Методические и технические вопросы экспериментальной психофизиологии. М., 1980, с. 32—37.

Алякринский Б. С. Основы научной организации труда и отдыха космонавтов. — М.: Медицина, 1975. — 208 с.

Анохин П. К. Очерки физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 448 с.

Анохин П. К. Саморегуляция физиологических функций. — В кн.: П. К. Анохин. Узловые вопросы теории функциональной системы. М., 1980, с. 119—134.

Ануашвили А. Н. Объективная психология на основе волновой модели мозга. — М.: Экон-Информ, 2008. — 292 с.

Бабаян Э. А., Ганапольский М. Х. Учебное пособие по наркологии. — М.: Медицина, 1981. — 304 с.

Баклаваджан О. Г., Бакунц С. А., Матинян Л. А. и др. О нейрофизиологических механизмах регуляции некоторых соматовисцеральных функций. — В кн.: Физиологические науки — медицине. Л., 1983. с. 129—139.

Беляев Г. С. Дыхательная гимнастика как важнейший компонент аутогенной тренировки. — В кн.: Вопросы спортивной психогигиены. М., 1973, вып. 2, с. 186—189.

Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Психогигиеническая саморегуляция. — Л.: Медицина, 1977. — 160 с.

Бессознательное. Природа. Функции. Методы исследования/Под ред. Ф. В. Бассина, А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия. — Тбилиси, 1978, т. 1. — 300 с.

[1] В списке рекомендуемой литературы приводятся основные работы по аутогенной тренировке отечественных и зарубежных специалистов, а также некоторые новые публикации, не вошедшие в наши предыдущие издания.

Бехтерев В. М. Будущее психиатрии: Введение в патологическую рефлексологию. — СПб.: Наука, 1997, с. 23.

Бехтерев В. М. Самовнушение и куэизм как исцеляющий фактор. — Вестн. знаний, 1925, № 17—18, с. 1121—1130.

Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг. — Л.: Наука, 1980. — 208 с.

Бехтерева Н. П., Камбарова Д. К., Иванов Г. Г. Мозговая организация эмоциональных реакций и состояний. — Физиология человека, 1982, № 5, с. 691—706.

Бояршинова Н. П., Жаринова Л. Е., Якушков Ю. В. Аутогенная тренировка: Методическое пособие. — Л., 1983. — 27 с.

Бурно М. Е. Самовнушение и аутогенная тренировка/Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1975. — 18 с.

Воронин Л. Г. Вопросы теории и методологии исследования высшей нервной деятельности человека: Избранные труды. — М.: Педагогика, 1982. — 176 с.

Гейхман К. Л., Могендович М. Р. Позно-вегетативные реакции в антиортостатическом положении. — Космич. биол. и авиакосм. мед., 1980, № 3, с. 82—84.

Гозулов С. А., Пестов И. Д. Развитие творческого наследия К. Э. Циолковского в области управления состоянием космонавтов в полете. — В кн.: Проблемы адаптации человека к длительному космическому полету в трудах К. Э. Циолковского и современность.: Труды 12—13-х чтений. Калуга, 1977—1978: Секция «Проблемы космической медицины и биологии». М., 1979, с. 124—128.

Гримак Л. П. Моделирование состояний человека в гипнозе. — М.: Наука, 1978. — 249 с.

Гримак Л. П., Звоников В. М., Скрыпников А. И. Психическая саморегуляция в деятельности человека-оператора. — В кн.: Вопросы кибернетики. Психические состояния и эффективность деятельности / Под ред. Ю. М. Забродина. М., 1983, с. 150—165

Гримак Л. П., Хачатурьянц Л. С. Проблемы управления состоянием оператора. — В кн.: Деятельность космонавта в полете и повышение ее эффективности. М., 1981, с. 116—137.

Данилова Н. Н., Крылова А. Л. Физиология высшей нервной деятельности. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 478 с.

Деглин В. Я. К вопросу о коллективной психотерапии невроза с нарушением сна (психическая саморегуляция). — В кн.: Вопросы психотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. М., 1976, вып. 3, с. 39—44.

Дикая Л. Г., Гримак Л. П. Теоретические и экспериментальные проблемы управления психическим состоянием человека. — В кн.: Вопросы кибернетики. Психические состояния и эффективность деятельности / Под ред. Ю. М. Забродина. М., 1983, с. 28—54.

Дикая Л. Г., Гримак Л. П., Салманина О. М. О критериях эффективности аутогенных тренировок на разных этапах адаптации человека-оператора в экспериментальных условиях. — В кн.: Проблемы инженерной

психологии: Материалы Всесоюзн. конф. по инженерной психологии. Ярославль, 1979, вып. 3, с. 217—218.

Динейка К. Движение, дыхание, психофизическая тренировка. — Минск: Полымя, 1982. — 143 с.

Докторский Я. Р. Аутотенная тренировка. — В кн.: Я. Р. Докторский. Когда вам больше сорока. Ставрополь, 1975, с. 174—182.

Докторский Я. Р. Психотерапия в комплексе лечения больных язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и хроническими холециститами. — Пятигорск, 1975. — 28 с.

Евтимов В. Йога: Практическое ръководство. — София: Медицина и физкултура, 1981. — 193 с.

Епишкин А. К. Методы повышения устойчивости деятельности операторов к экстремальным условиям. — В кн.: Вопросы кибернетики. Психические состояния и эффективность деятельности / Под ред. Ю. М. Забродина. М., 1983, с. 127—136.

Звоников В. М. Использование идеомоторной тренировки на фоне релаксации в процессе летного обучения курсантов. — Воен.-мед. журн., 1979, № 12, с. 48—50.

Исаулов Ю. Ф., Лебедева Н. Н. Изменение функции слежения при применении оператором метода психической регуляции. — В кн.: Методические и технические вопросы экспериментальной психофизиологии. М., 1980, с. 15—18.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1980. — 448 с.

Касаткин В. Н. Теория сновидений. Изд. 3-е. — Л.: Медицина, 1983. — 247 с.

Колешао А. А. Эффективность эмоционально-волевой тренировки у спортсменов-борцов (по данным психологических исследований). — В кн.: Вопросы психиатрии и психотерапии. Тамбов, 1977, с. 486—487.

Королева В. А., Карпинская Т. В., Акинчиц М. А. О профилактике умственного и психоэмоционального напряжения у работников ответственных государственных учреждений. — В кн.: Современные аспекты профилактики и лечения профессиональных заболеваний. М., 1983, с. 87.

Космолинский Ф. П. Методы повышения психоэмоциональной устойчивости операторов. — В кн.: Проблемы адаптации человека к длительному космическому полету в трудах К. Э. Циолковского и современность: Труды 12—13-х чтений. Калуга, 1977— 1978: Секция «Проблемы космической медицины и биологии». М., 1979, с. 20—25.

Кравченко Л. В. Некоторые особенности применения аутогенной тренировки у больных неврастенией. — В кн.: Вопросы психотерапии алкоголизма и неврозов/Под ред. В. Е. Рожнова. М., 1976, вып. 2, с. 101—106.

Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе. Доклад на Римском Конгрессе, прочитанный в Институте психологии Римского Университета 26 и 27 сентября 1953 года. — М.: Гнозис, 1995.

Ласков Б. И., Лобзин В. С., Липгарт Н. К., Солодовников И. Д. Физиогенные и психогенные астении. — Курск: Б. и., 1981. — 130 с.

Лебедев Б. А. Вопросы пограничной психиатрии в современной кардиологической клинике. — В кн.: Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983, с. 122—128.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М.: Политиздат, 1975. — 302 с.

Либих С. С. Аутогенная тренировка. — Л.: ГИДУВ, 1978. —22 с.

Лобзин В. С. Нейрофизиологические механизмы аутогенной тренировки. — В кн.: Труды III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров. М., 1974, т. II, с. 97—99.

Лобзин В. С. Нервно-психическая саморегуляция методом аутогенной тренировки. — Воен.-мед. журн., 1975, № 9, с. 39—41.

Лобзин В. С., Боченков А. А., Лозинский В. С. и др. Влияние аутогенной тренировки на успешность летного обучения курсантов. — Воен.-мед. журн., 1982, № 9, с. 42—44.

Лобзин В. С., Михайленко А. А., Панов А. Г. Клиническая нейрофизиология и патология гипокинезии. — Л.: Медицина, 1979. — 215 с.

Маралов В. Г., Низовских Н. А., Щукина М. А. Психология саморазвития: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2017.

Мельников Л. Н. Прибор «релаксатор» для снятия нервного напряжения. — В кн.: Проблемы адаптации человека к длительному космическому полету в трудах К. Э. Циолковского и современность: Труды 12—13-х чтений, Калуга, 1977—1978: Секция «Проблемы космической медицины и биологии». М., 1979, с. 169—174.

Мильхикер М. А., Перевертов Ю. Г. Психогенный аутотренинг космонавтов для адаптации к факторам длительного космического полета и последующей реадаптации к земным условиям. — В кн.: Проблемы адаптации человека к длительному космическому полету в трудах К. Э. Циолковского и современность: Труды 12—13-х чтений, Калуга, 1977—1978: Секция «Проблемы космической медицины и биологии». М., 1979, с. 114—118.

Немчин Т. А. Пути и средства управления нервно-психическим напряжением. — В кн.: Состояния нервно-психического напряжения. Л., 1983, с. 138—147.

Никандров В. В. Психология. — М.: Проспект, 2007, с. 396—397.

Николлс Д., Мартин Р., Валлас Б., Фукс П. От нейрона к мозгу. — М.: УРРС; Либерком, 2017, с. 453—454.

Павлов И. П. Физиология и психология при изучении высшей нервной деятельности животных // В кн. Полное собрание сочинений, 1951. — Т. III, кн. 1, с. 323—340.

Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Теория и практика аутогенной тренировки / Под ред. В. С. Лобзина. — Л.: Медицина, 1980. — 272 с.

Петленко В. П. Основные методологические проблемы теории медицины. — Л.: Медицина, 1982. — 256 с.

Петров Н. Самовнушението в древността и днес. — София: Медицина и физкультура, 1983. — 115 с.

Петровский В. А. Психология неадаптивной активности. — М., 1992, с. 45.

Пушкин В. Н. Энергетическая регуляция психической деятельности — комплексная проблема советской науки. — В кн.: Вопросы психогигиены, психофизиологии, социологии труда в угольной промышленности и энергетике. М., 1980, с. 157—164.

Райков В. Л. Роль гипноза в стимуляции психологических условий творчества. — Психол. журн., 1983, № 1, с. 108.

Решетников М. М. Критический постматериализм в психологии и психиатрии // Неврологический вестник, 2011. — Т. XLIII, Вып. 2, с. 66—69.

Решетников М. М. Психическое расстройство. — СПб.: Восточно-Европейский Института Психоанализа, 2008. — 272 с.

Решетников М. М. Современные тенденции развития психотерапии и психиатрии. — Психотерапия, № 9, 2012, с. 7—15.

Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Харьков: Б. и., 1981. — 46 с.

Руднев В. А. Восстановление ходьбы методом экзо-эндогенной ритмической стимуляции. — В кн.: Функциональная диагностика и восстановление произвольных движений при патологии центральной нервной системы. Красноярск, 1982, с. 99.

Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Изд. 2-е. — Ташкент: Медицина, 1979. — 620 с.

Свядощ А. М. Неврозы. Изд. 3-е. — М.: Медицина, 1982. — 368 с.

Сергеев В. А., Захарова Н. И., Мордасова Л. А. и др. Использование элементов аутогенной тренировки в комплексной терапии детей с неврозами, неврозоподобными и церебрастеническими состояниями. — В кн.: Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983, с. 173—177.

Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга. — М.: АСТ, 2015. — 352 с.

Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. — Киев: Здоров'я, 1977. — 480 с.

Смулевич А. Б. Терапия психических заболеваний. — В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М., 1983, т. 1, с. 231—260.

Телешевская М. Э. Учитесь властвовать собой. — Киев: Здоров'я, 1983. — 72 с.

Файнберг С. Г. Предупреждение неврозов у детей. — М.: Медицина, 1979. — 87 с.

Филатов А. Т. Эмоционально-волевая подготовка велосипедистов. — Киев: Здоров'я, 1975. — 88 с.

Философские проблемы теории адаптации/Под ред. Г. И. Царегородцева. — М.: Мысль, 1975. — 277 с.

Черниговская Н. В. Адаптивное биоуправление в неврологии. — Л.: Наука, 1978. — 134 с.

Чирадзе Г. В. Использование психорегулирующей тренировки в зависимости от специфики вида спорта. — В кн.: Вопросы спортивной психогигиены. М., 1975, вып. 1, с. 124—126.

Шингаров Г. Х. Саморегуляция функций как проблема физиологии, кибернетики и диалектической логики. — В кн.: Методологические проблемы физиологии высшей нервной деятельности / Под ред. Р. И. Кругликова. М., 1982, с. 133—150.

Шмидт Е. В., Бассин Ф. В. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга). — В кн.: Методологические аспекты науки о мозге / Под ред. О. С. Андрианова, Г. Х. Шингарова. М., 1983, с. 192—204.

Эльштейн Н. В. Неврозы с позиций терапевта. — В кн.: Н. В. Эльштейн. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983, с. 65—84.

Эмоционально-волевая подготовка спортсменов / Под ред. А. Т. Филатова. — Киев: Здоров'я, 1982. — 296 с.

Autogenes Training. — In: O. Bach. Taschenbuch psychiatrischer Therapie. — Leipzig, 1983, s. 170—173.

(Chertok L.) *Шерток Л.* Непознанное в психике человека: Пер. с франц. — М.: Прогресс, 1982. — 309 с.

Choi M., Steptoe A. Instructed heart rate control in the presence and absence of a distracting task: the effects of biofeedback training. — Biofeedback a. Self-Regul., 1982, v. 7, № 3, p. 257—268.

Cordes J. C., Arnald W., Zelbig B. Physiotherapie. — Berlin, 1983.

Daly R. J. Relaxation. — In: Psychiatry in med. Practice / Ed. by R. G. Priest. — London, 1982, p. 299

(Fraisse P., Piaget J.) *Фресс П., Пиаже Ж.* Экспериментальная психология: Пер. с франц. — М.: Прогресс, 1975. — 278 с.

(Hahn E.) *Хан Э.* Предстартовые стрессовые состояния и их регуляция. — В кн.: Стресс и тревога в спорте: Пер. с нем. М.: Физкультура и спорт, 1983, с. 222—237.

(Hasset J.) *Хэссет Д.* Введение в психофизиологию: Пер. с англ. — М.: Мир, 1981. — 244 с.

Hubel D. H., Wiesel T. N. Brain and visual perception: the story of a 25-year collaboration. — Oxford University Press US, 2005, p. 106.

(Kleinsorge H., Klumbies G.) *Клейнзорге Х., Клюмбиес Г.* Техника релаксации: Пер. с нем. — М.: Медицина, 1965. — 77 с.

Klumbies G. Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. — Leipzig, 1983.

Konig W., Pol G., di Schaefler G. Autogenes Training. 2 Aufl. — Iena, 1983.

Laborit H. Neurophysiologie: Aspects metaboliques et pharmacologiques — Paris, 1969.

Lacroiz J. M. Biofeedback and relaxtion in the treatment of migraine headaches: comparative effectiveness and physiological correlates. — J. Neurol., Neurosurg. a. Psychiat., 1983, v. 46, p. 525—532

Lapin I. P., Oxenkrag G. F. Intensification of the central serotoninergic processes as a possible determinant of thymoleptic effect. — Lancet, 1969, № 1, p. 132—136.

(Leonhard K.) *Леонгард К.* Акцентуированные личности: Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981. — 392 с.

(Lindemann H.) *Линдеман Х.* Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности: Пер. с нем. — М.: Физкультура и спорт, 1980. — 135 с.

(Luthe W.) *Лутэ В.* Аутогенная тренировка с применением обратной связи. — В кн.: Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1974, вып. 2, с. 61—67.

Luthe W., Schultz I. Autogenic Therapy. V. 1—6. — N. Y.; London, 1969.

(Machač M., Machačova H.) *Махач М., Махачова Е.* Целенаправленное формирование актуального психофизиологического состояния спортсмена с использованием методов саморегуляции. — В кн.: Стресс и тревога в спорте. — Пер. с чешск. М., 1983, с. 237—250.

Ollendick T. H., Cerny J. A. Clinical behavior therapy with children. — N.Y.; London, 1981.

Ottoson D. Psysiology of Nerv. system. — London, 1983.

Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. — Cognitive Brain Research, № 3, 1996, p. 131—141.

Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V. Mirrors in the Mind. Scientific American Band 295, № 5, November, 2006, p. 30—37.

Schultz I. H. Das autogene Training. 12 Aufl. — Stuttgart, 1966.

Schulz R. Emotionality and aging. — In: Self-Contr. a. Self-Modif. Emot. Behav. — N. Y.; London, 1982, p. 71—100.

(Selye H.) *Селье Г.* Стресс без дистресса: Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1982. — 124 с.

Surwit R. S., Williams R. B., Shapiro D. Behavioral Approaches to Cardiovascular Disease. — N.Y.; London; Paris et al., 1982.

Volkan V. Traumatized Societies // In: Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. — London, International Psychoanalytic Association, 2003, p. 217—237.

(Zaichkowcky L. D.) *Зайчиковски Л. Д.* Биологическая обратная связь и саморегуляция в управлении соревновательным стрессом. — В кн.: Стресс и тревога в спорте: Пер. с англ. М., 1983, с. 250—261.

Предметный указатель